

PROVIDER N.6

SCHEDA INFORMATIVA PARTECIPANTE

**Titolo: HEALTH REVOLUTION: SICUREZZA E SALUTE TRA SOSTENIBILITA' E
RIDUZIONE DEGLI SPRECHI ALIMENTARI**

Luogo: Via Maria de Mattias – Civitavecchia data: venerdì 16 ottobre 2026

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datore di lavoro _____

Recapito telefonico posto di lavoro _____ Cell. _____

E-mail _____

Professione _____

Disciplina _____

PRIVACY - Informativa ex art. 13 D.lgs 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), - le informazioni fornite verranno trattate per finalità di gestione amministrativa dei corsi, convegni e la formazione di elenchi e mailing list. I dati potranno essere utilizzati per la creazione di archivi cartacei o informatici ECM e ai fini dell'invio, via e-mail, fax o posta, di proposte per futuri corsi o convegni organizzati dalla ASL. Potrà accedere alle informazioni in nostro possesso ed esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs (accesso, correzione, cancellazione, opposizione al trattamento, ecc.) inviando una richiesta scritta al titolare del trattamento presso l'Ufficio Privacy aziendale sito presso la Sede di Legale Via Terme di Traiano 39/A Tel 0766/591802 e-mail ufficio.privacy@aslrmf.it

Data _____ *Firma* _____