



**CSPPNI S.r.l.**  
**Centro Studi di Psicomotricità Psicologia e Neuropsichiatri Infantile**  
**Corso di Psicomotricità**

Dichiarazione ai fini di consenso per la privacy Regolamento UE 679/2016

Cognome e Nome (in stampatello)

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016 l'interessato da il proprio consenso all'archiviazione dei dati su riportati; si dichiara edotto che gli stessi saranno e potranno essere usati per fini di gestione e di comunicazione di notizie per gli iscritti ai corsi da parte del Centro; che l'archiviazione dei dati identificativi personali è obbligatoria per la legge e che ogni interessato ha diritto ad averne copia a sue spese; è vietata la diffusione dei propri dati e di avere il conseguente diritto di opporsi alla loro diffusione o comunicazione; infine che l'archiviazione sarà effettuata sia su supporto cartaceo che magnetico e che responsabile della conservazione della stessa è il Centro nella persona del Prof. Roberto Carlo Russo, che ne curerà, direttamente o tramite suoi delegati, la protezione dei dati con chiavi meccaniche o elettroniche presso la sede designata. Esprimo inoltre il diritto di modifica o di cancellazione dei miei dati.

Data ... /... /...

Firma .....

Dichiaro inoltre che tutte le informazioni relative a dati personali e sanitari, relative a pazienti discussi per la formazione, apprese durante il Corso Triennale di Psicomotricità rimarranno non comunicabili a terzi in alcun modo in quanto soggetti a segreto professionale.

Data ... /... /...

Firma .....