

SCHEDA DI ISCRIZIONE

**CORSO FOTOGRAFI**

Cognome

\_\_\_\_\_

Nome

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

studio fotografico (facoltativo)

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, presa visione dell'informativa fornitami circa il trattamento dei miei dati personali,

**esprimo il mio consenso al trattamento** degli stessi per le finalità accessorie correlate alla mia attività professionale nel territorio della Diocesi di Roma.

**esprimo il mio consenso alla comunicazione e diffusione** degli stessi per le finalità accessorie correlate alla mia attività professionale nel territorio della Diocesi di Roma.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_