

AUTORIZZAZIONE EX D.LGS 196/03

Il sottoscritto _____ nato a _____ Prov. _____

Il _____ e residente in _____ Prov. _____

Via _____, in riferimento al corso OSS cui intende partecipare, per gli effetti di cui al D.lgs 196/2003 sulla privacy,

AUTORIZZA

espressamente il trattamento dei dati, ai fini della pubblicazione, dopo aver conseguito la qualifica di OSS, dei riferimenti personali nell'Albo Regionale degli Operatori Socio Sanitari, con ogni liberatoria di legge.

Luogo e data

In fede
