

STUDENT REGISTRATION FORM / SCHEDA D'ISCRIZIONE

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

I, THE UNDERSIGNED / IO SOTTOSCRITTO

Name and Surname / Nome e Cognome

Place of Birth / Luogo di Nascita

Date / Data / /

City / Città

Address / Indirizzo

N°

Province / Provincia

Zip Code / CAP

Fiscal Code / Codice Fiscale

Phone / Telefono

Mobile / Cellulare

Email

Qualification / Titolo di studio

Business Name / Ragione Sociale

Address / Indirizzo

N°

City / Città

Zip Code / CAP

VAT N° / P.Iva

PEC / Legal mail

I'm signing up for / Effettuo l'iscrizione per

COURSE / CORSO

- BSc (Hons) Osteopathic Sciences (Full Time) Course
- Osteopathic Integration Clinical Specialization (OICS) BSc (Hons) Osteopathy Conversion Course
- Master of Science in Osteopathic Medicine (MSc Ost Med)
- Corso Post Laurea Sanitaria Foundation Year Corso Post Laurea Scienze Motorie

YEAR / ANNO 1° 2° 3° 4° 5°

Date / Data / /

Signature / Firma

Information about Data Protection

Il trattamento dei dati che riguardano il soggetto che ha sottoscritto la domanda di iscrizione (il "Sottoscrittore") viene svolto ai soli fini della gestione amministrativa indispensabile per l'iscrizione cui è finalizzato il presente modulo, comunque nel rispetto del Regolamento Generale UE sulla Protezione dei dati Personali n. 679/2016 (GDPR). Ricevuta l'allegata "Informativa per il trattamento dei dati personali" di AIMO ("Informativa", All. 1) e preso atto dei diritti di cui agli artt. da 7 a 10 della citata Informativa, il Sottoscrittore esprime espressamente il proprio consenso affinché i dati dallo stesso forniti possano essere trattati, sia manualmente che elettronicamente, per gli scopi indicati nel rispetto della vigente normativa sopra richiamata. Il titolare del trattamento dei dati è la AIMO S.r.l. (la "Società"), con sede legale in Milano, Via Della Chiesa n° 15. Il responsabile del trattamento dei dati è il sig. Marco Giardino, domiciliato per la carica presso la sede della società. Il Sottoscrittore si dichiara consapevole di potersi rivolgere al titolare del trattamento per fare valere i propri diritti in materia di trattamento dei dati forniti.

Date / Data / /

Signature / Firma