

CENTRO STUDI ALDO MORO

SCUOLA DI FORMAZIONE POLITICA

NOME _____ COGNOME _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO _____

RESIDENTE IN: _____ N _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV _____

TELEFONO ____/____ EMAIL _____

INFO PERSONALI *(facoltativo)*

Autorizzo il trattamento dei dati personali di cui al D. lgs n. 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e al Regolamento UE n. 679/2016 GDPR (Regolamento generale sulla protezione dei dati) come modificato dal D. lgs n. 101/2018 e successive modifiche e integrazioni, e riportato di seguito.

Accetto

Data _____

FIRMA
