InfraMente

AUTORIZZAZIONE ALL'INTERVENTO DI TERZI

Il/la sottoscritto/a_____

_____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via_____

n. _____

CF_____

Informato ai sensi del GDPR Reg. UE n. 679/2016

autorizza

l'operatore dell'Ass. InfraMente dott./ssa _____

a contattare _____

_____

_____

al fine di una migliore risposta e/o trattamento all'interno del percorso di consulenza intrapreso.

Data __/__/____

Firma _____