
Io sottoscritto, _____

n. di iscrizione all'Albo _____ recapito telefonico _____

indirizzo _____

indirizzo email _____

desidero ritirare il mio consenso al trattamento dei miei dati personali da parte della SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA NON ABLATIVA. Pertanto la SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA ESTETICA E CHIRURGIA NON ABLATIVA non ha più il mio consenso al trattamento dei miei dati personali al fine di:

, che era stato concesso in precedenza utilizzando il "MODULO DI CONSENSO DELL'INTERESSATO."

Il ritiro del consenso non pregiudica la liceità delle attività di trattamento finora eseguite.

Firmato da [_____]:

Firma:

Data:
