

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_