

Richiesta di ritiro dai corsi

Io sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, il _____,

residente a _____, in via _____ n° _____,

CHIEDE DI RITIRARSI DAL CORSO DI

a partire dal giorno (*indicare il giorno dell'ultima lezione frequentata*)

_____.

Cesena, _____.

(firma)

Per i minorenni: Firma del genitore

Informativa trattamento dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196: dati contenuti nel presente modello sono necessari e utilizzati esclusivamente per finalità amministrative. Saranno raccolti e archiviati presso la Segreteria dell'Istituto Corelli, con l'ausilio di mezzi informatici e saranno adottate tutte le misure volte a garantire la riservatezza. Titolare responsabile dei dati è il Direttore dell'ASP Cesena Valle Savio, Dott. Alessandro Strada. Gli interessati possono avvalersi dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.