

MODULO DI RECESSO DELL'INTERESSATO

Io sottoscritto,, desidero ritirare il mio consenso al trattamento dei miei dati personali da parte dello STUDIO a.r. fisiomedica del Dott. Alessandro Matteucci, Pertanto, lo STUDIO a.r. fisiomedica del Dott. Alessandro Matteucci, non ha più il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, che era stato concesso in precedenza utilizzando l'Informativa privacy.

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

Firmato dall'interessato:

Firma:

Data:
