

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dall'art. 9 del Reg. UE n. 679/2016 "Regolamento generale sulla protezione dei dati")

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a il.....

acquisite le informazioni fornite ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE n. 679/2016 dal Titolare del Trattamento di Farmaceutici Caber S.r.l.

- esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali con le modalità e le finalità indicate nell'Informativa sulla Privacy a Lei inviata.

DO IL
CONSENSO

☐

NEGO IL
CONSENSO

☐

Data ____/____/____

Firma _____

Spedire il foglio debitamente compilato e firmato

all'attenzione del **Responsabile delle segnalazioni "Whistleblowing"**

Farmaceutici Caber S.r.l.

Via del Mare, 36

00071 – POMEZIA (RM)

oppure

all'indirizzo email del **Responsabile delle segnalazioni "Whistleblowing"** barbara.varsalona@ibnsavio.it