

## 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 Savio Pharma Italia 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  NEGO IL   
CONSENSO 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](mailto:barbara.varsalona@ibnsavio.it)