

**SCHEDA D'ISCRIZIONE ALL'ELENCO PROFESSIONALE DI FARMACISTA COUNSELOR**

Il sottoscritto .....,  
nato a ..... il ..... farmacista iscritto  
all'ordine dei farmacisti della provincia di ..... al  
numero..... Del ..... avendo frequentato il corso di  
Farmacista Counselor e conseguito il Magister di Farmacista Counselor in data  
..... num....., in riferimento alle condizioni generali di contratto,  
punto 2, domanda di iscrizione al corso "Il Farmacista Counselor"

**CHIEDE**

l'iscrizione all'Elenco professionale di Farmacista Counselor istituito da UTIFAR, gratuito per il  
primo anno.

Luogo..... data..... Firma.....

**Tutela dei dati personali legge 675/1996 – Informativa e consenso**

I dati personali raccolti saranno trattati anche con modalità automatizzate da Dr Studio  
Formazione, nel rispetto della legge 675/1996 e s.m. nell'ambito delle proprie attività  
istituzionali e per finalità connesse e strumentali alla gestione del rapporto con l'interessato,  
statistiche, di comunicazione commerciale anche interattiva, promozione e vendita di prodotti e  
servizi.

Il conferimento dei dati è facoltativo e l'interessato potrà, in qualsiasi momento e gratuitamente,  
esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge 675/1996 (cancellazione, blocco, aggiornamento,  
rettificazione e opposizione, in tutto o in parte al trattamento, ecc.) rivolgendosi a  
info@drstudioformazione.it.

Luogo..... data..... Firma.....



**Il Farmacista Counselor®**  
Dr Studio Formazione

**DR. Studio Formazione S.r.l.s.**

Via Giovanni Paolo II, 43 - 84084 Fisciano (SA)  
P.I.V.A. 05425850657 - info@drstudioformazione.it