

## CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI NON SENSIBILI AD USO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a ....., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del DLgs n. 196/2003, ai sensi dell'art. 23 del predetto decreto presta il proprio consenso all'intero trattamento dei propri dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa. Sono consapevole che, in mancanza del mio consenso l'associazione "Associazione Apnoici Italiani - Onlus" non potrà dar luogo ai servizi citati.

Luogo ..... Data ..... Firma .....



Spett.le Consiglio Direttivo "Associazione Apnoici Italiani - Onlus"; Via di Bravetta n° 444 - 00164 CAP 00164 ROMA (Rm)

**DOMANDA DI AMMISSIONE COME MEMBRO DELL' "ASSOCIAZIONE APNOICI ITALIANI - ONLUS" , C.F. 97901470589**

### Adesione Gratuita

Il Sig./Sig.ra ..... nato/a .....  
data di nascita ..... residente a .....  
in Via .....n.... Comune .....  
CAP ..... Provincia ..... Tel/Cell. ....

Email ..... (autorizzo a ricevere l'invio di una Newsletter mensile)

Medico Specialista: ..... Cpap/A-Cpap/Bipap/Mad (barrare) Inizio terapia:

Chiede a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'associazione. Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo Statuto Sociale .

Luogo ..... Data ..... Firma .....

l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del DLgs n.196/2003 è disponibile sul sito [www.apneedelsonno.it](http://www.apneedelsonno.it)