

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

Genitore - Sig.ra/Sig nato/a

Il C.F. Età Bambino/a

residente in Vian. Comune

CAP Provincia Tel. Cell. e-mail

Medico Specialista: Tipo maschera/marca:

pressione CmH2O: Cpap/Auotcpap/BIlevel/Mad: 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

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del DLgs n.196/2003 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo Data Firma