



MODULO DI RICHIESTA DI TESSERAMENTO SOCIALE

Organizzazione di Volontariato – AMIP ODV ETS Via Ardea nr. 1/B – 00183 ROMA

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO (da ritornare compilata e firmata).
Al comitato direttivo dell'associazione malati di ipertensione polmonare

Il sottoscritto/La sottoscritta

Cognome e Nome: _____

Nato/a a: _____ il _____

Domiciliato in via: _____

Città: _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Telefono: _____ cell: _____

e-mail: _____

Malato di IP: SI NO

Sostenitore: SI NO

Chiede di essere ammesso all'associazione in qualità di socio.

Data _____ Firma _____

PRIVACY E GESTIONE DEI DATI SENSIBILI.

Sottoscrivendo questo modulo acconsento alla memorizzazione e al trattamento dei miei dati personali da parte di AMIP ODV ETS come specificato nella Privacy Policy. *

*Ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del D. Lg. 30 Giugno 2003 n. 196 (cd "Codice Privacy"), nonché dagli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 27 Aprile 2016 (cd "GDPR"), autorizzo l'associazione all'archiviazione ed al trattamento dei miei dati come previsto nella sezione privacy policy nella sezione presente sul sito ed all'indirizzo web <https://www.assoamip.net/privacy-policy/>

Data _____ Firma _____

 **AMIP ODV ETS**

Via Ardea nr. 1/B – 00183 ROMA

 06-33250970

 info@assoamip.net

 www.assoamip.net