



## 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](mailto:info@assoamip.net)

 [www.assoamip.net](http://www.assoamip.net)