



Richiesta di adesione all'Associazione. Socio ordinario anno \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto.....

nato a.....il...../...../.....

residente a.....c.a.p.....

via.....n.....

tel.....e-mail.....

professione..... patologia.....

Chiede di essere inserito nella lista dei soci dell'Associazione Paratetraplegici Nordest.

Si impegna ad effettuare il versamento delle quota sociale pari a 10 €.

Allega breve profilo: SI / NO (facoltativo)

Data...../...../.....

Firma.....

Consenso all'uso dei dati personali.

Le ricordiamo che, è necessario fornire esplicitamente il proprio consenso ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 (Codice della Privacy). Per accordare e/o modificare il proprio consenso:  
Associazione ParaTetraplegici Nordest onlus, Via XXIX aprile, 2 c/o Ospedale Dolo 30031 DOLO (VE)

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96, acconsente ed autorizza il trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 22 della legge citata, vale a dire i dati "idonei" a rivelare lo stato di salute"

Data...../...../.....

Firma.....