



Spett. AISAP- Associazione Italiana Ipertensione Ipertensione Siringomielia Sindrome di Arnold Chiari
 Project aps ets
 Via Arezzo N°19
 21052 Busto Arsizio Varese
 CF:90036830124

Con la presente chiedo di essere ammesso in qualità di socio ordinario all'associazione **AISAP aps**.

Cognome e nome:		
<input type="checkbox"/> Sono paziente <input type="checkbox"/> Sono familiare del paziente <input type="checkbox"/> Non sono paziente né familiare ma desidero diventare socio per sostenere AISAP aps		
Data di nascita:	Codice fiscale:	
Indirizzo:		
CAP:	Città:	Prov.
Telefono/i:	E-mail:	
<input type="checkbox"/> Dichiaro di conoscere lo Statuto di AISAP aps e di accettarlo integralmente, condividendone gli scopi senza fini di lucro.		
<input type="checkbox"/> Ho versato la quota associativa tramite		
Data	Firma	

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Dichiaro di aver letto l'informativa sulla privacy e di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del Reg. EU 2016/679 e dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., tutti i dati personali raccolti nella presente scheda saranno utilizzati esclusivamente dall'Associazione, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, nei limiti delle attività previste dalla suddetta informativa e dallo Statuto dell'Associazione.

AUTORIZZO:AISAP aps-ets a realizzare fotografie,video o altri materiali audiovisivi contenenti la mia immagine, il mio nome e/o la mia voce, all'interno di convegni,meeting, simposi, eventi, videoconferenze, ne autorizza la successiva pubblicazione dei suddetti materiali sul SITO INTERNET della associazione sui canali di comunicazione e sui social network oltre che sulla stampa

- Presto il consenso Nego il consenso

Firma per accettazione

N. B. Perché la domanda sia accettata TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI

Parte riservata all'Associazione

Data ammissione.....

N. tessera.....

Domanda respinta il