



## Associazione di volontariato per le malattie respiratorie

Il sottoscritto:

Nome e Cognome.....  
Nata/o a.....il.../.../.....  
Residente in.....  
Provincia.....  
Via/Piazza.....  
Telefono.....cell.....  
Email.....

**Chiede di essere iscritto come socio all'AMAR ODV  
ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO PER LE MALATTIE RESPIRATORIE.**

A tal fine dichiara:

- di condividere gli scopi e le finalità dell'Associazione
- di accettare lo Statuto dell'AMAR ODV e i regolamenti interni
- di autorizzare l'Associazione a inviarmi ogni comunicazione all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato

Informativa sulla Privacy

In conformità delle disposizioni previste dal Reg. UE 2016/679 (regolamento Europeo per la protezione dei dati personali) con il presente modulo autorizzo l'AMAR ODV al trattamento dei miei dati personali per le finalità connesse o strumentali alla propria attività ivi comprese la comunicazione, l'informazione e la promozione alle iniziative culturali, alle manifestazioni, ai convegni, ai congressi, alle adesioni alle iniziative promosse. I miei dati saranno custoditi secondo i criteri di riservatezza e non saranno divulgati senza il mio consenso. Potrò, quindi, secondo quanto previsto dalla legge richiedere tra le altre cose la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati forniti con semplice comunicazione scritta (per email, o raccomandata).

Acconsento

Data ..../...../..... Firma.....

Con la presente acconsento/ non acconsento all'utilizzo delle mie immagini fatte in occasioni di Assemblee, Eventi, Manifestazioni dell'Associazione Amar ODV.

Acconsento  non acconsento

Data ..../...../... Firma .....