



MODULO RICHIESTA DI ISCRIZIONE A SOCIO ANGLAT

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE A: _____ CAP: _____ PROV.: _____

IN VIA: _____ N. _____

TEL./CELL.: _____ - _____ E-MAIL: _____

DISABILITA': _____ PATOLOGIA: _____

Con la presente, richiede a codesta rispettabile associazione ANGLAT, l'iscrizione a Socio, dichiarando di aver preso visione dello Statuto associativo (pubblicato sul sito www.anglat.org) e di condividere e accettare i contenuti.

Inoltre, acquisita l'informativa ex art. 13 Reg. UE 679/2016 (GDPR) pubblicata su: anglat.it e anglat.org, lo/la scrivente, acconsente al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "particolari" di cui all'art. 9 del succitato Regolamento, vale a dire dati "relativi alla salute". Titolare del trattamento è l'Associazione ANGLAT.

LUOGO E DATA _____

FIRMA LEGGIBILE

N.B.:

Il presente modulo, correlato dei documenti richiesti vanno obbligatoriamente inviati al seguente indirizzo e-mail tesseramenti@anglat.org.