



Via Mazzini 34 – 10123 Torino

RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Il sottoscritto (Cognome e Nome)

Attività prevalente

Ospedale di riferimento

Ruolo svolto all'interno dell'Ospedale

Indirizzo postale (specificare se si tratta di ospedale, abitazione o studio)
.....

Cap Città

Abitazione: Tel.....Fax.....Cellulare.....

Ospedale: Tel.....Fax.....

Studio privato: Tel.....Fax.....

Luogo e data di nascita:.....

Codice Fiscale:

E-mail (privata e/o dell'ospedale)

Si preferisce ricevere le informazioni anche tramite E-mail

SÌ

NO

A conoscenza dello statuto dell'associazione, di cui alla intestazione della presente, chiede di aderire in qualità di **socio aderente**.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI GENERALI E SENSIBILI.

Preso atto dell'informativa acconsento, ai sensi dell'articolo 11, 20, 33, 24, e 28 della legge 31-12-1996 n° 675, al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data..... Firma.....

N.B. : SE I DATI RISULTANO INCOMPLETI O NON PERVENUTI, ANCHE SE VERBALMENTE SI È DATA CONFERMA DELL'ADESIONE, NON CI SARÀ POSSIBILE RENDERE ATTIVA L'ISCRIZIONE, I SERVIZI NON VERRANNO ATTIVATI E NON POTREMO EMETTERE RICEVUTE.