



**ALMA Associazione Libera Malati Acalasia e altre malattie
dell'esofago -APS**
Viale Colli Aminei nr 10. 80131, Napoli (NA).
C.F.: 92050760674
Mail: info@almaitalia.org
PEC: almaitalia@mypec.eu
Sito: www.almaitalia.org

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....
(.....) il/...../....., residente a
(.....)CAP.....via..... n.....,
CF..... Carta d'Identità n. rilasciata dal comune
di.....(.....) telefono.....
cellulare....., e-mail

CHIEDE

di poter essere ammesso/a in qualità di socio a "Associazione Libera Malati Acalasia e altre malattie dell'esofago-APS" Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- Di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- Di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art.13 D.lgs. n. 196/2003 come integrato e modificato dal D.Lgs n.101/2018 che ha armonizzato nell'ordinamento Interno il Regolamento (UE) 2016/679 del PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati – GDPR) e in relazione alla informativa fornita che allegata alla presente domanda di iscrizione ne costituisce parte integrante ed essenziale. In particolare, si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data _____, ____/____/____ Firma _____

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del/della sottoscritto/a, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

☐ Sì ☐ No

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del/della sottoscritto/a, sul sito web e nelle bacheche affisse nei locali dell'Associazione.

☐ Sì ☐ No

Luogo e data _____, ____/____/____ Firma _____