



Al Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Amiloidosi Familiare Onlus

Sede legale: Via Altura n. 3 - 40139 Bologna - C.F. 91355420372

Sito web: www.famy.it – tel. +39 320 0233774

Banca Popolare dell'Emilia Romagna **IBAN IT28M0538701799000002103486**

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____

Via _____ N° _____ CAP. _____

Telefono abitazione _____ oppure altro tel. _____

Cell. _____ E-mail _____

Chiedo di essere ammesso come Socio Ordinario all'Associazione fAMY Onlus. Mi impegno a rispettare le disposizioni statutarie, di cui ho preso visione e che accetto, e a pagare la quota associativa annuale.

Data		Firma	
-------------	--	--------------	--

Informativa -ai sensi del D.lgs.196/2003 "**Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili**" – Il trattamento è finalizzato unicamente per la realizzazione delle finalità istituzionali promosse dall'Associazione fAMY nei limiti delle disposizioni statutarie previste. La informiamo che i Suoi dati, anche quelli definiti sensibili e cioè che riguardano la Sua salute, saranno trattati con modalità manuali, informatiche e/o telematiche e non saranno comunicati a terzi e nemmeno diffusi, salvo studi e progetti di ricerca e statistiche sulla patologia che l'associazione tratta, ma che in ogni caso nessun dato sarà mai riconducibile ad personam. Potranno venire a conoscenza dei suoi dati: il Responsabile legale dell'Associazione, il Responsabile del trattamento e tutti i componenti del Gruppo Gestionale e i Referenti Regionali. Potrà rivolgersi al Responsabile del trattamento per verificare i Suoi dati, rettificarli e aggiornarli o per richiederne la cancellazione. La informiamo che il titolare del trattamento dei dati è fAMY Associazione con sede in Bologna e che il responsabile del trattamento dei dati è il Rappresentante Legale dell' Associazione, domiciliato per la carica presso la sede dell'Associazione. Ricordiamo che l'elenco delle persone di cui sopra è disponibile presso il sito internet dell'Associazione. **Consenso:** Il/La sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati sensibili (inerenti la salute), ai sensi del D.Lgs. 196/03 e integrazioni.

Data		Firma	
-------------	--	--------------	--

DATI FACOLTATIVI:

Affetto da	
familiare /conoscente di campo che compila solo il familiare che chiede l'adesione	

Metto a disposizione dell'Associazione le mie seguenti competenze:

--