



## 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](http://www.famy.it) – tel. 320 0233774

Banca Popolare dell'Emilia Romagna IBAN IT 81 J 05387 01601 0000 0210 3486

### 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. Mi impegno a rispettare le disposizioni statutarie, di cui ho preso visione e che accetto, e a pagare la quota associativa annuale.

<b>Data</b>		<b>Firma</b>	
-------------	--	--------------	--

**Informativa** - ai sensi del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali GDPR n. 679/2016. – 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 Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali GDPR n. 679/2016.

<b>Data</b>		<b>Firma</b>	
-------------	--	--------------	--

Metto a disposizione dell'Associazione le mie seguenti competenze:

--