



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 3792928587

Banca Popolare dell'Emilia Romagna IBAN IT 96 L 05387 01614 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.

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

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.

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

Desidero ricevere informazioni inerenti all'associazione attraverso mail, social media o app di messaggistica (WhatsApp,Telegram, ecc.)

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

Metto a disposizione dell'Associazione le mie seguenti competenze:

--