

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE ALL'A.I.S.S.



ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME DI SHWACHMAN

Il sottoscritto nato a
provincia il, residente a
provincia..... cap Via..... nr.....
tel. cell.....
e-mail.....pec.....

CHIEDE

l'iscrizione all'Associazione Italiana Sindrome di Shwachman in qualità di Socio Ordinario e dichiara di aver effettuato il pagamento della quota associativa.

....., li

Firma (leggibile)

Informativa ex art. 13 Decreto Legislativo nr. 196/2003

Gentile Socio,

l'AISS - Associazione Italiana Sindrome di Shwachman tratterà i tuoi dati personali nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 (Codice della privacy), garantendo la riservatezza e la protezione dei dati. I dati saranno utilizzati dall'Associazione esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale, per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge.

L'indicazione del nome, data di nascita, indirizzo, telefono e-mail è necessaria per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge. Il trattamento dei dati sarà svolto in forma cartacea e mediante computer, con adozione delle misure di sicurezza previste dalla legge. I dati non saranno comunicati a terzi e non saranno diffusi.

Il trattamento di dati sensibili ex art. 1, lett. d) del Codice sarà effettuato nei limiti di cui alle autorizzazioni del Garante nr. 2/08 e nr. 3/08, e loro successive modifiche.

Nella qualità di interessato ti sono garantiti tutti i diritti specificati all'art. 7 del Codice, tra cui il diritto di chiedere e ottenere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, e il diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che ti riguardano.

Titolare del trattamento è l'AISS - Associazione Italiana Sindrome di Shwachman con sede a Padova in Via Pioveghetto nr. 15 - tel. 049 6893168 - email: aiss@shwachman.it

Il titolare

L'Interessato (per presa visione)

Associazione Italiana Sindrome Shwachman

.....

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO

Il sottoscritto AUTORIZZA NON AUTORIZZA

- il trattamento dei miei dati personali, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa
- il trattamento dei miei dati sensibili, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa

....., li

L'Interessato (firma leggibile)

.....