



## MODULO DI RICHIESTA ADESIONE

All'Associazione Italiana Malati di Porfiria Domenico Tiso – Onlus **"Porfir.I.A. Domenico Tiso"**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Il richiedente chiede di essere iscritto all'Associazione come Socio e dichiara di accettare le norme dello Statuto associativo in vigore.

In riferimento all'art. 7 dello Statuto sociale dell'Associazione Italiana Malati di Porfiria Domenico Tiso - Onlus - **"Porfir.I.A. Domenico Tiso"** -prendo atto che il rinnovo annuale della condizione di Socio è determinato dal versamento, entro il 31 dicembre di ogni anno, della quota associativa stabilita annualmente dall'Assemblea.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

D.lgs 196/93 – TUTELA DELLA PRIVACY

Il / La Sottoscritto/a, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/93, al trattamento di tutti i dati riportati nel presente modulo di adesione, compresi i futuri eventuali aggiornamenti e/o modifiche dallo/a stesso/a comunicate, per tutte le finalità statutarie dell'Associazione Italiana Malati di Porfiria Domenico Tiso - Onlus

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_