

## MODULO DI ADESIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ civico \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

E.mail: \_\_\_\_\_

Chiedo di aderire in qualità di:

Socio ordinario

Sostenitore

alla Lega Italiana Fibrosi Cistica Lazio Comitato OFFICIUM.

Dichiaro inoltre di condividere e accettare le finalità e le norme che regolano l'Associazione.

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre di aver ricevuto letto e compreso l'informativa di cui all'art. 13 del Reg. UE 679/2016 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Firma \_\_\_\_\_