

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 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 _____