

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AD ASSOCIARSI AD ASSMaF ODV

Il sottoscritto _____ con la presente manifesta interesse ad associarsi ad ASSMaF ODV e, a tal fine, fornisce i seguenti dati personali ed allega quota di euro 20,00.

Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza _____

Codice fiscale _____

Recapito telefonico _____

e-mail _____

Resto in attesa di Vs. comunicazioni.

_____, li _____ firma _____

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART.13
REGOLAMENTO UE 2016/679

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a, _____, nella qualità di interessato, letta l'informativa resa da ASSMaF ODV, ai sensi dell'art. 13 D. Lgs.196/2003 e artt. 13 e 14 Regolamento UE 2016/679, in conformità a quanto indicato nella citata informativa e nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03

autorizzo/presto il consenso nego/ non presto il consenso al trattamento dei miei dati personali;

autorizzo/presto il consenso nego/ non presto il consenso all'invio di e-mail al mio indirizzo sopra indicato;

autorizzo/presto il consenso nego/ non presto il consenso all'invio di messaggi/richez. telefonate al telefono sopra indicato.

_____, li _____

Nome: _____ Cognome: _____ firma leggibile _____

Richiesta da inviare ad ASSMaF ODV

1/2 e-mail a: segreteria@assmaf.it

1/2 WhatsApp al seguente numero: 333 5956147

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Dr.ssa Stefania Barsotti

Vice Presidente: Stefania Scarancella

Consiglieri: Chiara Bernacchioni

CONTATTI

Cell. +39 3335956147

Email: segreteria@assmaf.it

www.assmaf.it