



## Domanda di associazione

Spett. AISMAC - Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari  
Via Monte Bianco 20  
10048 VINOVO (TO)

Con la presente chiedo di essere ammesso in qualità di socio ordinario all'associazione **AISMAC**.

Cognome e nome:		
<input type="checkbox"/> Sono paziente		
<input type="checkbox"/> Sono familiare del paziente .....		
<input type="checkbox"/> Non sono paziente né familiare ma desidero diventare socio per sostenere Aismac		
Data di nascita:	Codice fiscale:	
Indirizzo:		
CAP:	Città:	Prov.
Telefono/i:	E-mail:	
<input type="checkbox"/> Dichiaro di conoscere lo Statuto di Aismac e di accettarlo integralmente, condividendone gli scopi senza fini di lucro.		
<input type="checkbox"/> Ho versato la quota associativa tramite .....		
Data	Firma	

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Dichiaro di aver letto l'informativa sulla privacy e di essere informato che, ai sensi dell'art. 13 del Reg. EU 2016/679 e dell'art.13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., tutti i dati personali raccolti nella presente scheda saranno utilizzati esclusivamente dall'Associazione, anche con l'ausilio di mezzi elettronici, nei limiti delle attività previste dalla suddetta informativa e dallo Statuto dell'Associazione.

Presto il consenso                       Nego il consenso

Firma per accettazione

**N. B. Perché la domanda sia accettata TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI**

<i>Parte riservata all'Associazione</i>	<i>Data ammissione.....</i>	<i>N. tessera.....</i>
<i>Domanda respinta il.....</i>		