

## MODULO ISCRIZIONE



Spett.le Direttivo dell'Associazione "SARKNOS" pazienti Sarcomi dei tessuti molli

Io Sottoscritto/a

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_)

Via/ Piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Con la presente fa richiesta di essere iscritto all'Associazione SARKNOS ed a tal fine versa all'atto della sottoscrizione della presente, la quota d'iscrizione relativa all'anno sociale in corso, dichiarando di accettare e condividere i valori dello statuto dell'Associazione SARKNOS ed impegnandosi a rispettare le regole ivi contenute.

Inoltre comunica i propri recapiti:

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

Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Roma li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto presta il consenso ad essere inserito nella mailing list per ricevere informazioni e materiale informativo sulle attività di SARKNOS.

SI

NO

Roma li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La informiamo che come interessato Lei ha il diritto di accedere, rettificare, cancellare, limitare oppure opporsi al trattamento oltre alla possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento e di porre reclamo all'Autorità secondo quanto previsto dagli Articoli del GDPR 678/2016, indirizzando la relativa richiesta del trattamento.

Titolare del trattamento "SARKNOS" Associazione Pazienti Sarcomi dei tessuti molli.

Sede: Via Alvaro del Portillo, 200 - Roma presso Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico.

C.F: 96518710585 - IBAN: IT 16 O 05696 03211 000021023X75

Responsabile del trattamento Dott. Sergio Valeri

TESSERA N°

