



**ASSOCIAZIONE  
PARAPLEGICI  
LOMBARDIA  
ONLUS**

# TESSERAMENTO

Inviare il modulo compilato a APL – Associazione Paraplegici Lombardia Onlus  
c/o ASST PINI CTO – via Bignami, 1 – 20126 Milano – 02947743474 – [segreteria@apl-onlus.it](mailto:segreteria@apl-onlus.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di:

- SOCIO DI DIRITTO  SOCIO SOSTENITORE

## CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALL'ASSOCIAZIONE PARAPLEGICI LOMBARDIA

La quota di adesione viene conferita:

- CONTANTI  Versamento su c/c postale 18952200  Versamento su c/c bancario  
IBANIT88G0311101659000000000934

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'Associazione Paraplegici Lombardia è un'organizzazione di volontariato. La sua forza e l'incisività del suo operato sono maggiori quanto più alta è la partecipazione attiva dei soci, che può esprimersi attraverso svariate forme di collaborazione più o meno impegnative. Ti chiediamo di segnalarci, in via generica, la tua disponibilità scegliendo tra le opzioni che seguono per consentire alla segreteria di prendere contatto con i soci interessati. Grazie per l'attenzione.

- sono disponibile a collaborare  
 nei giorni \_\_\_\_\_  
 nelle ore \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679

Gentile sig./sig.ra \_\_\_\_\_ in relazione ai Suoi dati personali di cui Associazione Paraplegici Lombardia Onlus entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

#### TRATTAMENTO DEI DATI

Tratteremo i Suoi dati nel Suo interesse, nell'ambito degli scopi dell'Associazione, in conformità a quanto stabilito dal Regolamento dell'Unione Europea 2017/679 e dalla vigente normativa nazionale.

Il trattamento consiste in: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distribuzione dei dati. Le operazioni si svolgono con o senza il supporto di strumenti elettronici. Il trattamento è svolto da: titolare, contitolare, responsabili e incaricati del trattamento.

#### CONFERIMENTO DEI DATI

È Suo diritto non fornirci i suoi dati personali, ma in questo caso non potremo svolgere le attività sopra descritte.

#### COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati personali:

- Saranno a conoscenza dei responsabili e degli incaricati del trattamento di APL -Associazione Paraplegici Lombardia Onlus;
- Non verranno diffusi;
- Potranno essere comunicati a collaboratori o soggetti esterni solo quando la comunicazione si rivelasse necessaria per adempimenti di legge o per la realizzazione di attività sociali di suo interesse.

#### TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

È escluso il trasferimento dei suoi dati personali verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

#### DIRITTI DELL'INTERESSATO

E' suo diritto:

- chiedere in qualunque momento l'accesso, la rettifica o la cancellazione dei suoi dati;
- opporsi al trattamento;
- trasferire i suoi dati ad altro Ente;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo.

La revoca del consenso non pregiudicherà la liceità del trattamento basata sul consenso precedente alla revoca

#### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

##### Titolare del trattamento:

Riccardo Lorenzi, Presidente e Legale Rappresentante di APL - Associazione Paraplegici Lombardia Onlus, con sede in Milano, via Bignami 1, presso Ospedale CTO, U.O. Mielolesi Tel 02947743474; e-mail riccardo.lorenzi@apl-onlus.it

##### Contitolare:

Maria Teresa Scarpa, Consigliere di APL-Associazione Paraplegici Onlus, con sede in Milano, via Bignami 1, presso Ospedale CTO, U.O. Mielolesi - Tel 02947743474; mariateresa.scarpa@apl-onlus.it

I nominativi dei Responsabili e degli Incaricati del trattamento sono riportati nel sito WEB dell'Associazione <http://www.apl-onlus.it/>

Io sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Con la firma apposta alla presente attesto il mio libero consenso affinché il titolare, il contitolare, il/la responsabile e/o l'incaricato/a procedano al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa di cui sopra e per le finalità in essa indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_