



**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 – 0257993474 – 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

IT03U0306909417100000000410

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 0257993474; 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 0257993474; 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 _____

ViaPiazza _____ 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 _____