

TESSERAMENTO anno 2023

Compilare FRONTE – RETRO e Inviare ad APL – Associazione Paraplegici Lombardia OdV

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
IBANIT88G03111016590000000000934

Paypal o Carta di debito/credito

Data del versamento _____

Data _____

Firma _____

L'Associazione Paraplegici Lombardia è un'organizzazione di **volontariato** e accoglie volentieri i Soci che vogliono **diventare volontari**

A loro offre iniziative di formazione e regolare copertura assicurativa. .

Se sei interessato contatta la segreteria via mail segreteria@apl-onlus.it o per telefono 3501347260

Tenendo conto delle tue preferenze, attitudini, predisposizioni e in base alla tua disponibilità di tempo potrai verificare la possibilità di collaborare attivamente con APL.

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679

In relazione ai suoi dati personali, di cui APL entra 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:

Stefano Ricciardi, Presidente e Legale Rappresentante di APL - Associazione Paraplegici Lombardia OdV, con sede legale in via Benvenuto Cellini, 2/B - 20129 Milano - tel 3501347260 stefano.ricciardi@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 _____

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 _____