



**ASIMAR**  
Associazione Siciliana  
Malati Reumatici - APS

## MODULO ISCRIZIONE

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

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

Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in Via/ Piazza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Tel./ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di iscriversi come Socio e di versare annualmente la quota associativa, il cui importo sarà stabilito dal Consiglio Direttivo ad ogni inizio anno solare.

Il versamento della quota associativa potrà essere effettuato tramite:

- ✓ bonifico bancario IBAN IT26V0760116400001004603765
- ✓ bollettino postale c/c 1004603765

Gentile Signore/a,

ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. n. 169/03 Codice in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale e che saranno comunicati a tutti i soggetti interessati allo svolgimento delle attività a cui l'associazione è tenuta in base ad obblighi di legge e in tutte le circostanze che si renderanno necessarie per il prosieguo delle attività stesse.

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare il diritto ad ottenere informazioni relative al trattamento dei Suoi dati, rettificare o richiederne la cancellazione.

Potrà esercitare il Suo diritto con richiesta scritta inviata per posta al Responsabile del trattamento: Signora Perinetta Teresa - Via Cap. Fontana, 25 - 91100 TRAPANI (TP) o all'indirizzo e-mail [asimar.sic@gmail.com](mailto:asimar.sic@gmail.com)

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

AUTORIZZO E ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali nel pieno rispetto del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.Lgs. n. 169/03 codice in materia di protezione dei dati personali e delle autorizzazioni e/o indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei dati personali.

\_\_\_\_\_  
(Città)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dell'interessato)

**Compilare e consegnare o spedire a:**

**ASIMAR APS – ASSOCIAZIONE SICILIANA MALATI REUMATICI**

Via Cap. Fontana, 25 - 91100 Trapani (TP) – Codice Fiscale 93062010819

Cell. 3408081636 - Email: [asimar.sic@gmail.com](mailto:asimar.sic@gmail.com)