Il Sottoscritto:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il giorno ____/____/_____|

C.F. __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in _____Via/Piazza _____

Tel _____ e-mail _____

L'assistito:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il giorno ____/____/_____|

C.F. __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in _____Via/Piazza _____

Fa Domanda

di iscrizione a Scelta Famiglia APS impegnandosi al rispetto delle finalità previste dallo Statuto sociale, di cui dichiara di ben conoscere ed ogni altra informazioni oltre lo statuo è disponibile sul sito online www.sceltafamiglia.com. Con la presentazione della domanda, salvo fatto eccezione di qualsiasi decisione da parte del consiglio direttivo, il sottoscritto prende atto che il rapporto sociale ha una durata indeterminata, salvo fatto che si perda lo status di associato in base alla clausola dell'art. 5 che prevede ogni norma, direttiva e doveri degli associati. Il Sottoscritto versa contestualmente alla presente domanda la quota associativa di **euro 90** valida 365 giorni alla data di sottoscrizione che andrà riversata per proseguire il rapporto associativo negli anni successivi, non obbligatoria né rinnovabile in maniera automatica. La quota è uguale per tutti ad eccezioni di eventuali convenzioni sottoscritte con altri enti. Le eventuali dimissioni da associato possono essere presentate in forma scritta presso la sede o tramite e-mail pec all'indirizzo; sceltafamiglia@pec.associazioneincloud.it ed avrà validità fino a scadenza della quota associativa, che pertanto non consento il rimborso di quest'ultima, a qualsiasi titolo. Il sottoscritto per tutta la durata associativa riceverà assistenza, aggiornamenti e tutela per tutto ciò che concerne gli scopi dello statuto.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI;

Il Sottoscritto preso atto altresì che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei miei dati personali richiede la comunicazione ed il correlato trattamento di tali dati da parte di terzi per le finalità indicate PRESTA IL CONSENSO affinché, a norma degli articoli 13, 23 e 26 del D.lgs. 196/2003 e degli art. 13, 6, 7 e 9 del Regolamento UE n. 679/2016 i miei dati personali, anche sensibili, in possesso della sopraccitata SCELTA FAMIGLIA APS possano essere trattati per gli scopi e nei tempi indicati, ed in particolare possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti e per le finalità dichiarate.

Data ___/___/_____| Firma _____

Come ci hai conosciuto?

☐Medico di base ☐Ospedale ☐Specialista ☐Farmacia
☐Internet ☐Passaparola ☐Facebook ☐Instagram

Scelta Famiglia APS
Via Saluzzo 26/A 00182 Roma
sceltafamiglia@gmail.com