

**atd**  
**ancona**



# Associazione per la tutela del diabetico Onlus

Al signor Presidente  
dell'ATD Ancona

Il sottoscritto

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

(importante per ricevere comunicazioni)

## CHIEDE

di poter essere iscritto l'ATD Ancona in qualità di socio. Si comunica che l'ATD ANCONA tratterà i dati personali con le modalità e procedure, effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici, strettamente necessari per fornire i servizi assicurativi e di iscrizione nonché le comunicazioni e le informazioni a quest'ultimi connessi, pertanto il sottoscritto, da il consenso all'utilizzo dei dati. Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, l'interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento i suoi dati e quelli del minore e come vengono utilizzati, ha inoltre il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco e opporsi al loro trattamento. Titolare del trattamento è il presidente pro tempore dell'ATD che si avvarrà di una propria segreteria. Ogni informazione in merito ai soggetti o a cui vengono comunicati i dati o che possono venirne a conoscenza può essere richiesta per iscritto alla ATD previa comunicazione raccomandata o via pec. I dati saranno utilizzati solo ed esclusivamente per comunicazioni inerenti dalla ATD Ancona e ATDM Marche.

Autorizzo il consenso

Data

\_\_\_\_\_

Firma del socio \_\_\_\_\_

Riservato all' ATD Ancona

Iscrizione pagata il \_\_\_\_\_

Tessera ATD n. \_\_\_\_\_

data di tesseramento \_\_\_\_\_

VERSAMENTO 10 EURO

Oppure bonifico su Banca Prossima: ATD ANCONA

Onlus - IBAN: IT45Y0335901600100000134071