



Io sottoscritto

Cognome

Nome

C.F.

Data e luogo di nascita

Indirizzo

Telefono.....

Email.....

Documento Riconoscimento

CHIEDO

di poter diventare socio dell'Associazione Italiana Sindrome di Alexander-PIU' UNICI CHE RARI ONLUS, C.F. 97726790153, con sede in via privata Don Bartolomeo Grazioli n.33 – Milano.

Dichiaro di condividere le finalità che la stessa si propone e mi impegno ad approvarne e osservarne lo Statuto e gli eventuali Regolamenti.

Milano,

Firma

Pienamente informato delle finalità e modalità del trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso del Codice della privacy, D.Lgs 196/03, e delle finalità del rapporto in essere esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili.

Firma