

A.Ma.R.A.M. – Associazione Malattie Rare dell'Alta Murgia

Oggetto: Autorizzazione trattamento dati personali all'associazione "A.Ma.R.A.M." Onlus

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

Prov. _____ il ___/___/_____ e residente a _____

Prov _____ Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____ professione _____

Telefono o Cellulare _____ e-mail o pec _____

Malattia rara o altro _____

Autorizzo:

- L'Associazione Malattie Rare dell'Alta Murgia con sede in Altamura via Ascoli Piceno nr. 55 al trattamento dei miei dati personali solo ai fini associativi.
- Allego copia del documento di riconoscimento.-

(Data e luogo)

(Firma Leggibile)

D.L.g.s. n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii. "Codice in materia di protezione dei dati personali": Tutela della privacy.-

Informativa: In riferimento all'art. 13 del Decreto legislativo 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii. la informiamo che il trattamento dei dati che la riguardano sarà effettuato (direttamente e/o attraverso società, enti o consorzi) per le finalità strettamente connesse alla richiesta di cui sopra. I dati saranno trattati in modo lecito e secondo correttezza, saranno registrati e conservati in archivi informatici e/o cartacei, nonché pubblicati sul web e/o su supporto cartaceo (guide, brochure, materiale promozionale, a diffusione nazionale ed internazionale). Come stabilito dall'art. 7, Lei ha diritto, in qualsiasi momento a poter consultare e/o richiedere la modifica (qualora dovesse riscontrare errori e/o variazioni) e/o richiedere la cancellazione dei dati comunicati. L'eventuale rifiuto a fornire, in tutto o in parte, i dati richiesti comporterebbe automaticamente, anche senza bisogno di alcuna comunicazione specifica a riguardo, l'interruzione dell'instaurazione o continuazione di un qualsiasi rapporto nei suoi riguardi.

Il/La sottoscritto/a _____ dichiaro/a di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 e ss.mm.ii. di essere a conoscenza del contenuto e di esprimere, dopo attenta valutazione e libera determinazione, il consenso al trattamento dei miei dati personali come descritto nell'informativa stessa.

(Luogo e data)

(Firma del richiedente)

"A.Ma.R.A.M." – "Associazione Malattie Rare dell'Alta Murgia Onlus"

Iscritta alla sezione OdV Onlus del Registro regionale del Volontariato Puglia, n. 665 del 01/09/2015

Sede Legale: **Altamura (Bari) – Via Ascoli Piceno, n. 55 – C.a.p. 70022**

Codice Fiscale: **91115080722** Codice IBAN: **IT08N 05385 413320 0000 6274331** Banca Popolare di Puglia e Basilicata S.C.p.A Sede di Altamura

Cell.: **3888982266** Email:- **Info@amaram.it o alattieraredellaltamura@gmail.com**