

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI NON SENSIBILI AD USO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a....., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento sig. Luca Roberti ai sensi dell'art. 23 del DLgs n. 196/2003 e dell'art. 23 Gdpr 679/16, dopo aver preso visione dello Statuto e dell'informativa sulla privacy policy (www.apneedelsonno.it), presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Luogo Data Firma



Spett.le Consiglio Direttivo "Associazione Apnoici Italiani – Onlus Aps"; Via di Bravetta n° 444 - CAP 00164 Roma (Rm)

Chiede di essere ammesso quale socie dell'ASSOCIAZIONE APNOICI ITALIANI – Onlus Aps” ,

C.F. 97901470589

Adesione Gratuita

Il Sig./Sig.ra..... nato/a

Data di nascita residente a

in ViaN°..... Cap..... Provincia

Tel/Cell.

Email(autorizzo alla ricezione di una Newsletter Mensile e sondaggi interni)

Medico Specialista: Cpap/A-Cpap/Bipap/Mad (barrare) Inizio terapia:

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo Statuto Sociale.

Luogo Data Firma

**Firmare, scannerizzare o fotografare e inviare a segreteria@apneedelsonno.it o via whatsapp 393 1414135 -
www.apneedelsonno.it - info Tel. 800 14 14 35**