

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI NON SENSIBILI AD USO ISTITUZIONALE

Il/La sottoscritto/a....., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento (DPO) 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 per comunicazioni dpo@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 Aps"; Via di Bravetta n° 444 - CAP 00164 Roma (Rm)

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

C.F. 97901470589

Adesione Gratuita

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

Data di nascita residente a

in Via N°..... Cap..... Provincia

Tel/Cell.

Email

(autorizzo la ricezione di una Newsletter Mensile, comunicazioni postali 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 disponibile su www.apneedelsonno.it

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