

TESSERAMENTO anno 2024

Compilare FRONTE – RETRO e Inviare ad APL – Associazione Paraplegici Lombardia OdV
segreteria@apl-onlus.it

Il/La sottoscritto/a _____

Nato a _____ Prov _____ il _____

CF _____ P. IVA _____

Residente a _____ Prov _____ CAP _____

Via _____ n _____

Tel. Abitazione _____ cell _____ e-mail _____

In qualità di:

SOCIO DI DIRITTO € 30

SOCIO SOSTENITORE € 40

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALL'ASSOCIAZIONE PARAPLEGICI LOMBARDIA

La quota di adesione viene conferita:

CONTANTI

Versamento su c/c bancario
IT81H0306909489100000006304

PAYPAL



Data _____

Firma _____

L'Associazione Paraplegici Lombardia è un'organizzazione di volontariato. La sua forza e l'incisività del suo operato sono maggiori quanto più alta è la partecipazione attiva dei soci, che può esprimersi attraverso svariate forme di collaborazione. Se ti è possibile segnalaci, almeno in via generica, la tua disponibilità per consentire alla segreteria di prendere contatto con i soci interessati.

sono disponibile a svolgere attività di volontariato con APL

in modo occasionale

in modo continuativo

osservazioni e suggerimenti

**INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea 2016/679**

Gentile sig./sig.ra _____ in relazione ai Suoi dati personali di cui Associazione Paraplegici Lombardia OdV entrerà in possesso, La informiamo di quanto segue:

TRATTAMENTO DEI DATI

Tratteremo i Suoi dati nel Suo interesse, nell'ambito degli scopi dell'Associazione, in conformità a quanto stabilito dal Regolamento dell'Unione Europea 2017/679 e dalla vigente normativa nazionale.

Il trattamento consiste in: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distribuzione dei dati. Le operazioni si svolgono con o senza il supporto di strumenti elettronici. Il trattamento è svolto da: titolare, contitolare, responsabili e incaricati del trattamento.

CONFERIMENTO DEI DATI

È Suo diritto non fornirci i suoi dati personali, ma in questo caso non potremo svolgere le attività sopra descritte.

COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

I Suoi dati personali:

- Saranno a conoscenza dei responsabili e degli incaricati del trattamento di APL -Associazione Paraplegici Lombardia OdV;
- Non verranno diffusi;
- Potranno essere comunicati a collaboratori o soggetti esterni solo quando la comunicazione si rivelasse necessaria per adempimenti di legge o per la realizzazione di attività sociali di suo interesse.

TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

È escluso il trasferimento dei suoi dati personali verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

E' suo diritto:

- chiedere in qualunque momento l'accesso, la rettifica o la cancellazione dei suoi dati;
- opporsi al trattamento;
- trasferire i suoi dati ad altro Ente;
- proporre reclamo a un'autorità di controllo.

La revoca del consenso non pregiudicherà la liceità del trattamento basata sul consenso precedente alla revoca

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Stefano Ricciardi, Presidente e Legale Rappresentante di APL - Associazione Paraplegici Lombardia OdV, con sede legale in Milano, via B. Cellini 2/B ; stefano.ricciardi@apl-onlus.it

I nominativi dei Responsabili e degli Incaricati del trattamento sono riportati nel sito WEB dell'Associazione <http://www.apl-onlus.it/>

Io sottoscritt _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via/Piazza _____ C.A.P. _____ Prov. _____

Con la firma apposta alla presente attesto il mio libero consenso affinché titolare, contitolare, responsabile incaricato procedano al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti indicati nell'informativa di cui sopra e per le finalità in essa indicate.

Data _____

Firma _____