

**Associazione Padovana  
Incontinenti Stomizzati**



**A.P.I.S. odv**

Sede Legale: via Sant' Elena 113 - 31057 Sant' Elena Silea (TV)  
Sede operativa presso Punto Medico (srl) via Borgo Padova 106/1 - 35012 Camposampiero (PD)  
C.F.: 92243250286 @: [info.apis@libero.it](mailto:info.apis@libero.it) – Segreteria cell. 351 7411191  
**Presidente: Marco Torresan – cell.340- 4044005**  
IBAN IT93Z0359901899050188543109 c/o BANCA ETICA

**MODULO DI RICHIESTA ADESIONE**

nr.tessera

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL' ASSOCIAZIONE PADOVANA INCONTINENTI STOMIZZATI ODV**

Il/La sottoscritto/a NOME.....COGNOME.....

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA.....

INDIRIZZO..... N CIVICO.....

CAP..... CITTA..... Prov.....

TEL..... INDIRIZZO E-MAIL.....

CODICE FISCALE.....

BARRARE E COMPILARE QUESTA PARTE SOLO SE SI ISCRIVE ALLE ATTIVITA' UN MINORE DI ANNI 18

IN QUALITA DI ESERCENTE DELLA PODESTA' GENITORIALE DI .....

NATA/O a ..... Il .....

RESIDENTE a..... INDIRIZZO.....

**AUTORIZZA L'ISCRIZIONE ALLA ASSOCIAZIONE**

Avendo preso visione dello statuto, chiede di poter aderire all' A.P.I.S ODV (ASSOCIAZIONE PADOVA INCONTINENTI STOMIZZATI ODV), in qualità di:

SOCIO SOSTENITORE (DONAZIONE VOLONTARIA SUPERIORE A EURO 20)

... SOCIO ORDINARIO (EURO 20)

**A TALE SCOPO DICHIARA**

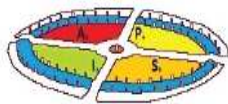
Di conoscere lo statuto dell' A.P.I.S ODV e si impegna a rispettare le deliberazioni degli organi associativi e della NORMA.

Edotta/o che la domanda di prima iscrizione sarà accolta con delibera del consiglio direttivo, chiede di essere tesserata/o consapevole dei propri diritti /doveri.

Come vuole essere contattato/a: Email  telefono  ...whatsapp  sms

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Associazione Padovana  
Incontinenti Stomizzati**



**A.P.I.S. odv**

Sede Legale: via Sant' Elena 113 - 31057 Sant' Elena Silea (TV)  
Sede operativa presso Punto Medico (srl) via Borgo Padova 106/1 - 35012 Camposampiero (PD)  
C.F.: 92243250286 @: [info.apis@libero.it](mailto:info.apis@libero.it) – Segreteria cell. 351 7411191  
**Presidente: Marco Torresan – cell.340- 4044005**  
IBAN IT93Z0359901899050188543109 c/o BANCA ETICA

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

### **Nel rispetto del GDPR UE 2016/679 (Regolamento Europeo sulla Privacy)**

Gentile Signore/a,

i dati che le vengono richiesti servono per finalità strettamente connesse alle attività svolte dall'Associazione Padovana Incontinenti e Stomizzati ODV, d'ora in avanti A.P.I.S. ODV. Tali dati saranno utilizzati e conservati nei nostri archivi sia in formato elettronico che cartaceo e comunque con strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

Il conferimento dei dati e il consenso al trattamento è obbligatorio, la sua mancanza comporterà l'impossibilità di dare esecuzione alla sua richiesta .

Titolare del trattamento è A.P.I.S ODV di cui il sig. TORRESAN MARCO è Presidente e legale rappresentante, a cui potrà rivolgersi per l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15-22 GDPR 2016/679.

A tale scopo chiediamo di completare la dichiarazione di seguito:

### **ACCONSENTO**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del GDPR 2016/679 e alla normativa nazionale vigente, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti definiti ed esplicitati nel documento "Informativa privacy" allegato alla presente dichiarazione di cui è parte integrante.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_