

RICHIESTA NUOVA ISCRIZIONE ANNO 2025

COGNOME _____
Codice Fiscale _____
Via _____
CAP _____ Comune _____
E-mail _____
Professione _____

TESSERA N° _____
NOME _____
Data di Nascita _____
N° _____
Provincia _____
Telefono/Cell : _____

QUOTA VERSATA

100€ Socio Benemerito 50€ Socio Sostenitore 30€ Socio Ordinario

pagamento tramite Bonifico Bancario su IBAN **IT 29J050343409 000 000 0011102**

Contanti

In data: _____

Il sottoscritto, _____

DICHIARA DI AVER VISIONATO e DI ACCETTARE LO STATUTO ADPMI odv riportato sul sito internet
<http://www.adpmi.org>

DICHIARA L'AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PRIVACY

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 679/2016, pubblicata anche sul sito internet <http://www.adpmi.org> e consapevole che:

1. Il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
 2. Il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
 3. Potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli potenziali documenti relativi ad episodi di diagnosi o cura da me forniti;
- dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e in modo consapevole il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di ADPMI, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

Per l'inserimento nella mailing list è indispensabile prestare il consenso barrando entrambi i riquadri seguenti:

presta il proprio consenso esplicito, libero, informato e inequivocabile al trattamento dei suoi dati personali, anche di categorie particolari e relativi alla salute, da parte del titolare del trattamento, secondo le indicazioni fornite nell'informativa

presta il suo consenso per l'invio di comunicazioni relative all'organizzazione di iniziative di formazione ed eventuali azioni di sostegno finalizzate al miglioramento della qualità della cura e della gestione del diabete ed alla ricerca scientifica;

data _____ Firma _____

Numero Tessera _____

Centro Diabetologico di riferimento _____ Dott: _____

Diabetico dal _____

BARRARE CON UNA X IL

Terapia:

- | | |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti |
| <input type="checkbox"/> Mista insulina + ipoglicemizzanti | <input type="checkbox"/> Insulinica multi iniettiva |
| <input type="checkbox"/> Microinfusore Tipo _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sensore Tipo _____ | |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Non Diabetico | |
| <input type="checkbox"/> Familiare | |
| <input type="checkbox"/> Genitore di minore con diabete | |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | |

AUTORIZZAZIONE PRIVACY FIRMATA A Pag. 1

Da inviare SOLO in formato PDF a: info@adpmi.org