

## Domanda d'iscrizione all'Associazione per le Immunodeficienze Primitive onlus

*Si raccomanda di compilare in stampatello e inviare la domanda alla Segreteria AIP tramite posta, e-mail o fax.*

Il sottoscritto chiede di iscriversi all'Associazione per le Immunodeficienze Primitive onlus.

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>			
<b>Indirizzo postale completo</b>		Via.....n.....	
		Comune.....Prov..... CAP.....	
<b>Telefono</b>		Cellulare	Casa
<b>Indirizzo e-mail</b>			

Gruppo Locale.....

**Il sottoscritto conferma di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno dell'Associazione e di accettarli integralmente. Documentazione disponibile sul sito: [www.aip-it.org](http://www.aip-it.org) (clicca qui)**

Il sottoscritto dichiara di avere versato la quota associativa annuale di Euro 20,00 tramite:

- Versamento on-line** sul conto Pay Pal dell'Associazione con carta di credito o prepagata
- Versamento su c/c postale** n. 11643251 intestato a: Associazione per le Immunodeficienze Primitive-onlus
- Versamento su c/c bancario** intestato a: Associazione per le Immunodeficienze Primitive-onlus  
Ubi >< Banca Filiale 6194 Brescia Crocifissa Via Crocifissa di Rosa 67 - 25128 Brescia  
IBAN IT33V03111120800000000078

Si allega copia della ricevuta di versamento della quota associativa anno 2018

Consenso al trattamento dei dati       acconsento       non acconsento  
Per l'invio di materiale informativo:       acconsento       non acconsento

**Data** ..... **Firma**.....

Qualora fosse interessato ad impegnarsi in attività di volontariato all'interno di AIP Onlus La preghiamo di inviare tramite posta, e-mail, fax il modulo allegato per comunicarci la Sua disponibilità.

In tal caso, AIP Onlus provvederà a regolare la sua posizione assicurativa a termine di legge (L. 266/91).



Spettabile  
Associazione Immunodeficienze Primitive onlus  
Via L. Galvani, 18  
25123 Brescia

Il sottoscritto:

<b>Nome</b>		<b>Cognome</b>	
<b>Luogo e data di nascita</b>			
<b>Indirizzo postale completo</b>		Via.....n.....	
		Comune.....Prov..... CAP.....	
<b>Telefono</b>		Cellulare	Casa
<b>Indirizzo e-mail</b>			

intende svolgere attività di volontariato all'interno di AIP onlus.

Data ..... Firma.....

**Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003**

La informiamo che i suoi dati personali acquisiti saranno trattati principalmente per la gestione amministrativa e statutaria relativa alla sua adesione alla ns Associazione. Tali dati e, solo se lo vorrà, saranno inoltre trattati anche per inviarle programmi o informative varie sulle nostre iniziative. La natura del conferimento dei suoi dati è facoltativa ma essenziale per la sua adesione. Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 inviando apposita istanza scritta al seguente indirizzo e-mail info@aip-it.org.

Titolare del trattamento è Associazione Immunodeficienze Primitive-Onlus, Cattedra di Clinica Pediatrica Università degli Studi di Brescia, Piazzale Spedali Civili,1 – 25123 Brescia.