

## DOMANDA D'ISCRIZIONE 2022

### Associazione Immunodeficienze Primitive O.d.V.

Si raccomanda di compilare in stampatello e inviare la domanda alla segreteria AIP tramite posta o via e-mail.  
**Il sottoscritto chiede di iscriversi all'Associazione Immunodeficienze Primitive O.d.V.**

Nome  Cognome

Luogo e data di nascita

C.F.  Gruppo Locale

<b>Indirizzo Postale Completo:</b>	Via <input type="text"/>	Nr. civico <input type="text"/>	CAP <input type="text"/>
	Comune <input type="text"/>	Prov. <input type="text"/>	
	Indirizzo e-mail <input type="text"/>	Tel. <input type="text"/>	

**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)*

Il sottoscritto si impegna a versare la quota associativa annuale di Euro 20,00, tramite:

- Versamento online:** conto Pay Pal dell'Associazione con carta di credito o prepagata. Collegati al sito [www.paypal.com](http://www.paypal.com) sezione personale - invia denaro - ed inserisci l'indirizzo email dell'Associazione [info@aip-it.org](mailto:info@aip-it.org)
- Versamento su c/c postale:** n. 11643251 intestato a: Associazione Immunodeficienze Primitive O.d.V.
- Versamento su c/c bancario** (con possibilità di addebito diretto su conto corrente)  
B.C.C. di Busto Garolfo e Buguggiate; Fil. di Busto Garolfo (MI); via Manzoni 50.  
IBAN IT44E084043269000000028751

*Si allega copia della ricevuta di versamento della quota associativa anno 2022*

Consenso al trattamento dei dati personali:  acconsento  non acconsento \*

Consenso per l'invio di materiale informativo:  acconsento  non acconsento

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\* Il conferimento dei dati personali ha natura obbligatoria in quanto è necessario per la conclusione della domanda d'iscrizione e per lo svolgimento delle attività associative. L'eventuale rifiuto da parte dell'Interessato di conferire i dati personali o l'errato conferimento delle informazioni obbligatorie ha, pertanto, come conseguenza l'impossibilità di prosecuzione del rapporto. Informativa ex Art. 13/14 Regolamento UE n. 679/2016 La informiamo che i suoi dati personali saranno trattati per la gestione amministrativa e statutaria relativa alla sua adesione alla ns Associazione. Se ha prestato il consenso esplicito, tali dati saranno trattati anche per inviarle programmi o informative varie sulle nostre iniziative. La natura del conferimento dei suoi dati è essenziale per la sua adesione mentre per l'invio di materiale informativo è facoltativa. L'informativa completa è reperibile sul sito dell'Associazione all'indirizzo [www.aip-it.org](http://www.aip-it.org). Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 e 8 del Regolamento UE n. 679/2016, inviando apposita istanza scritta al nostro Responsabile dei Dati Personali (cd. DPO), Dott. Lapo Liguori, al seguente indirizzo mail: [studio@lapoliguori.it](mailto:studio@lapoliguori.it) oppure al nostro indirizzo e-mail [info@aip-it.org](mailto:info@aip-it.org), o all'indirizzo sotto indicato. Titolare del trattamento è Associazione Immunodeficienze Primitive-O.d.V., Cattedra di Clinica Pediatrica Università degli Studi di Brescia, Piazzale Spedali Civili, 1 - 25123 Brescia.



## Qualora fosse interessato ad impegnarsi in attività di volontariato in AIP O.d.V.

La preghiamo di inviare  
tramite posta o via e-mail il modulo allegato  
per comunicarci la Sua disponibilità.

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

Nome		Cognome	
Luogo e data di nascita			
C.F.		Gruppo Locale	
<b>Indirizzo Postale Completo:</b>	Via	Nr. civico	CAP
	Comune		Prov.
	Indirizzo e-mail		Tel.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_