



DOMANDA D'ISCRIZIONE 2023

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

Indirizzo Postale Completo:	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

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 sezione personale - invia denaro - ed inserisci l'indirizzo email dell'Associazione 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 2023

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. 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 oppure al nostro indirizzo e-mail 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	
Indirizzo Postale Completo:	Via	Nr. civico	CAP
	Comune		Prov.
	Indirizzo e-mail		Tel.

Data _____

Firma _____