



DOMANDA D'ISCRIZIONE 2024

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	Nr. civico	CAP
	Comune		Prov.
	Indirizzo e-mail		Tel.

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 - 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. Pontassieve; Agenzia Firenze Coverciano; Via G. D'Annunzio 25H/r. IBAN IT81V0873602802000000620924

Pagamento tramite **SEPA** ricorrente annuale (compilare il modulo allegato)

Si allega copia della ricevuta di versamento della quota associativa anno 2024

Consenso al trattamento dei dati personali: acconsento **D** non acconsento *****
Consenso per l'invio di materiale informativo: acconsento **D** 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 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 e facoltativa. L'informativa completa e 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 (ed. 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 e Associazione Immunodeficienze Primitive-ve-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.ci.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 _____