



MODULO DI ADESIONE

(COMPILARE IN STAMPATELLO)

Sezione di
Numero tessera

.....
.....

Cognome e Nome

Nato/a a

il

Abitante a

Prov.

CAP

Via/P.zza

Telefono

e-mail

Professione

Titolo studio

Operato a

il

In terapia logopedica?

si

no

Se si, presso

Come desidera comunicare con ailar? (barrare la propria preferenza)

email /WhatsApp /SMS /telefono /altro

Consapevole degli scopi che l' Associazione Italiana Laringecomizzati Ailar OdV si propone, chiede di essere ammesso come socio a partire dall'anno

.....

Resta in attesa di ricevere la TESSERA e si impegna ad osservare le disposizioni statuarie e di collaborare per il conseguimento delle finalità che l'Associazione si è prefissata. Ai sensi della legge GDPR sulla privacy, si specifica che i dati comunicati verranno utilizzati solo per uso interno, per l'invio del giornale e per informare delle attività e iniziative svolte dall'Associazione e non verranno divulgate a terzi:

Ai sensi dell'art. 7 della medesima legge se ne può ottenere la cancellazione o l'aggiornamento scrivendo e/o inviando una e-mail o un fax al responsabile del trattamento dei dati presso l'Associazione Italiana Laringectomizzati-Ailar OdV.

FIRMA

ASSOCIAZIONE ITALIANA LARINGECTOMIZZATI ODV

Via A. Caroncini, 5 20137 MILANO - TEL: 025510819

Seguici su      Info@ailar.it  www.ailar.it

Codice Fiscale 80129830156

Federata F.A.V.O.