

Spettabile

A.Ma.Po.

Associazione Malati di Porfiria Onlus

25/A, Via San Gallicano

00153, Roma

Io sottoscritto/a _____

nata/o il ____/____/____ a _____

formulo richiesta di ammissione alla vostra associazione e dichiaro di accettare senza riserve lo statuto dell'organizzazione (che ho ricevuto in copia) ed in particolare di aver preso nota delle norme che lo regolano all'articolo 7.

In fede.

Data ____/____/____

Firmato _____

Il trattamento dei dati personali raccolti all'atto dell'adesione è finalizzato alla gestione di indirizzari per la spedizione di materiale informativo, nonché all'invio di comunicazioni inerenti le attività promosse da A.Ma.Po..

Il titolare del trattamento è l'A.Ma.Po..

In conformità al Decreto Legge 196 del 30/06/2003, sulla tutela dei dati personali, si può ottenere la cancellazione o l'aggiornamento scrivendo all'A.Ma.Po..