

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione AMAT Associazione Medici Agopuntori Toscana APS

Dati Personali

Nome:

Cognome:

Luogo di nascita: Data di nascita:

Indirizzo:

Città: CAP:.....

Provincia:

Codice fiscale:

Telefono:

Cellulare:

Indirizzo e-mail:

Diplomati o allievi Scuola di Agopuntura FISA

SI

NO

Con la sottoscrizione di questa domanda, il sottoscritto chiede di venire ammesso a far parte dell'associazione "AMAT Associazione Medici Agopuntori Toscana APS" in qualità di associato, per il corrente anno sociale. Dichiara di aver preso visione dello statuto dell'associazione di condividerne le finalità e di accettarlo integralmente e di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli organi dell'associazione. La quota associativa annua è pari a € 50,00.

Data Firma✓

Consenso per il trattamento di dati sensibili

Acquisite le informazioni di cui all'articolo T.U. D.lgs 196/2003, autorizzo l'associazione "AMAT Associazione Medici Agopuntori Toscana APS" al trattamento dei miei dati personali. La raccolta dei dati serve all'Associazione per adempiere agli obblighi previsti da Leggi, Regolamenti e normative Comunitarie e/o per adempiere ad eventuali rapporti con organismi esterni in particolare con la F.I.S.A. di cui è parte, sempre nell'ambito degli obblighi associativi. Titolare del trattamento è "AMAT Associazione Medici Agopuntori Toscana APS" con sede in Firenze, via Francesco Crispi n. 14. Responsabile del trattamento dei dati è il Dott. Franco Cracolici.

Data Firma per consenso ✓