

**RICHIESTA DI TESSERAMENTO ALLA
ONLUS INSIEME PER LA RICERCA PCDH19**

Il presente modulo va compilato in stampatello e spedito all' indirizzo Via Pierluigi Sagramoso, 7 00135 Roma

*Io sottoscritto.....
Nato a.....il.....
Residente a.....(.....)*

Via.....

CAP.....

Codice fiscale.....

*Tel/cell.....
.....*

Indirizzo e-mail.....

*Dichiara di volersi tesserare all'associazione "ONLUS insieme per la ricerca PCDH19" per
l'anno.....*

Per quanto sopra dichiara di accettare senza riserve lo statuto dell'associazione.

*li.....
..... (firma)
.....*

Con riferimento al decreto legislativo n. 196 del giugno 2003, e successive integrazioni e/o modificazioni, avente per oggetto "codice in materia di protezione dei dati personali", rilascia il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità riconducibili all'attività istituzionale dell'associazione. Dichiara inoltre di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dall'art. 7 e seguenti del citato decreto legislativo.

*li.....
..... (firma)
.....*