



Associazione Diabetici della Provincia di Milano ODV

C/o Ospedale dei Bambini V. Buzzi, ASST Fatebenefratelli/Sacco, Via Castelvetro 32 - 20154 Milano
Cell 335352612 Email: associazioneadpmi@pec.it; info@adpmi.org Sito: www.adpmi.org
C/C Bancario: IBAN: IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101 Codice Fiscale 06500540155

RICHIESTA ISCRIZIONE ANNO _____ **TESSERA N°** _____ **ID** _____

COGNOME _____

NOME _____

Codice Fiscale _____

Data di Nascita _____

Via _____

N° _____

CAP _____ Comune _____

Provincia _____

E-mail _____

Telefono/Cell : _____

Professione _____

QUOTA VERSATA

20€ Socio Ordinario; 50€ Socio Sostenitore; Altro € _____

pagamento tramite: Conto Corrente Postale; Bonifico Bancario; Contanti

In data _____

Il sottoscritto, _____

DICHIARA DI AVER VISIONATO e DI ACCETTARE LO STATUTO ADPMI odv riportato sul sito internet <http://www.adpmi.org>

DICHIARA L'AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PRIVACY

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 679/2016, pubblicata anche sul sito internet <http://www.adpmi.org> e consapevole che:

1. Il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. Il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. Potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli potenziali documenti relativi ad episodi di diagnosi o cura da me forniti; dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e in modo consapevole il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di ADPMI, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

Per l'inserimento nella mailing list è indispensabile prestare il consenso barrando entrambi i riquardi seguenti:

- presta il proprio consenso esplicito, libero, informato e inequivocabile al trattamento dei suoi dati personali, anche di categorie particolari e relativi alla salute, da parte del titolare del trattamento, secondo le indicazioni fornite nell'informativa
- presta il suo consenso per l'invio di comunicazioni relative all'organizzazione di iniziative di formazione ed eventuali azioni di sostegno finalizzate al miglioramento della qualità della cura e della gestione del diabete ed alla ricerca scientifica;

data _____

firma _____



Associazione Diabetici della Provincia di Milano ODV

C/o Ospedale dei Bambini V. Buzzi, ASST Fatebenefratelli/Sacco, Via Castelvetro 32 - 20154 Milano
Cell 335352612 Email: associazioneadpmi@pec.it; info@adpmi.org Sito: www.adpmi.org
C/C Bancario: IBAN: IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101 Codice Fiscale 06500540155

Numero Tessera _____

ID _____

Centro Diabetologico di riferimento _____ Dott: _____

Diabetico dal _____

BARRARE CON UNA X IL

Terapia:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta | <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti |
| <input type="checkbox"/> Mista insulina + ipoglicemizzanti | <input type="checkbox"/> Insulinica multiiniettiva |
| <input type="checkbox"/> Microinfusore Tipo _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sensore Tipo _____ | |
|
 | |
| <input type="checkbox"/> Non Diabetico | |
| <input type="checkbox"/> Familiare | |
| <input type="checkbox"/> Genitore di minore con diabete | |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | |

AUTORIZZAZIONE PRIVACY FIRMATA A Pag. 1

Da inviare a: info@adpmi.org