



ASSOCIAZIONE GIOVANI FARMACISTI DI LIVORNO E PISA

Via Rossini, 4
57123 Livorno

IBAN: IT59A0523271130000020163085

n. _____ / _____ Q. p. il ____ / ____ / ____

Al Sig. Presidente dell'**A.GI.FAR. Li.Pi**

Il sottoscritto _____ nato il ____ / ____ / ____

a _____ codice fiscale _____

residente a _____ C.A.P. _____

in Via _____ n. _____ e domiciliato a _____

Tel. Casa _____ Cell. _____ Eventuali altri recapiti _____

e-mail _____ @ _____

LAUREATO in: Farmacia / C.T.F. presso l'Università di _____, in data ____ / ____ / ____

iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____, in data ____ / ____ / ____ al n. _____

Attualmente occupato presso _____ in località _____

in qualità di _____ Tel. lavoro _____ Fax _____

STUDENTE in: Farmacia / C.T.F. iscritto al _____ anno in corso / fuori corso

presso l'Università di _____

Chiede di essere ammesso a far parte della suddetta Associazione. Il sottoscritto dichiara inoltre di avere preso visione dello statuto dell'Associazione e, in seguito all'accettazione della domanda da parte del Consiglio Direttivo e conseguente ammissione, si impegna a rispettarlo in ogni sua parte.

Allega € 25,00 (quaranta/00: laureato) € 15,00 (venticinque/00: studente) quale quota annuale (o copia della ricevuta del versamento su c.c.p. o bonifico).

Attività dell'Associazione a cui si è maggiormente interessati _____

_____ lì ____ / ____ / ____

In fede

INFORMATIVA ai sensi dell'Art. 13 D. Lgs. 196/2003 – Tutela della privacy

I Suoi dati personali raccolti con questa scheda saranno trattati unicamente per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto associativo con l'A.GI.FAR., alla promozione e gestione dell'attività dell'A.GI.FAR. e per adempiere agli obblighi previsti dalle norme di legge civilistiche e fiscali, dai regolamenti, dalla normativa comunitaria.

Il trattamento dei dati personali sarà effettuato mediante strumenti cartacei, informatici e telematici, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le finalità predette, in osservanza del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30/06/2003 N° 196).

Non saranno in alcun modo raccolti dati sensibili, così come definiti dall'art. 4, comma 1, lettera d) del D. Lgs. 196/03.

Titolare del trattamento dei dati è: A.GI.FAR.Li.Pi. - Associazione Giovani Farmacisti di Livorno e Pisa, con sede in Livorno, Via Rossini N° 4.

Il conferimento dei dati richiesti è facoltativo ma indispensabile per la corretta gestione del Suo rapporto associativo: l'eventuale rifiuto di fornire tali dati renderebbe impossibile l'esecuzione dei servizi associativi offerti.

I Suoi dati personali non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati a società terze, associazioni o ad Enti che erogano prodotti o servizi riservati ai Soci, per i medesimi fini per i quali sono stati raccolti o ai sensi di legge.

La informiamo che in qualunque momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.

Acquisizione del consenso dell'interessato (Art. 23 del D. Lgs. n° 196/2003)

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003, Lei dichiara di acconsentire il trattamento dei Suoi dati personali da parte dei soggetti di cui sopra, autorizzando altresì espressamente i medesimi soggetti all'utilizzo del Suo indirizzo di posta elettronica e del Suo numero di cellulare:

Do il consenso

Nego il consenso

Data

Firma dell'interessato

La presente istanza è stata esaminata dal Consiglio Direttivo nella riunione del ____ / ____ / ____

con esito IL

PRESIDENTE