|  |
| --- |
| **MODULO TD001** |

**TESSERAMENTO DIRIGENTE – SOCIO - MEDICO A.S. 2024/2025**

|  |
| --- |
| ***SOCIETÀ*** |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cognome** |  | **Nome** |  | **Data di Nascita** | **Luogo di Nascita** |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Codice Fiscale** |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |  |
| **Indirizzo** |  |  |  |  |  |  |  |
| Via |   |
| Città: |   | prov: |   | Cap: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Recapito Telefonico** |  |  | **Recapito Fax** |  | **Recapito Cell.** |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E-mail** |  |  |  |  |  |  |  |
|   |
| **QUALIFICA DIRIGENTE:** |  |  |  |  |  |  |  |
| Presidente |   |  |  |  |  |  |  |
| Vice Presidente |   |  |  |  |  |  |  |
| Dirigente Societario |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Medico |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Socio |   |  |  |  |  |  |  |
| \*barrare la casella corrispondente la qualifica in possesso |  |  |  |

Apponendo la mia firma dichiaro di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati ex art. 13 del Regolamento UE 679/2016, la cui versione integrale è reperibile sul sito FITw, che dichiaro di conoscere integralmente.

Dichiaro inoltre di aver liberamente fornito i propri dati personali e pertanto, relativamente ai trattamenti che si rendano necessari nell’ambito delle finalità istituzionali:

* + ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

*L’eventuale rifiuto del consenso ai trattamenti precedentemente menzionati (in quanto necessari per le attività istituzionali della FITw) comporterà l’impossibilità di completare la procedura di tesseramento.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Firma del dirigente societario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Presidente della società