MODULO TD001

TESSERAMENTO DIRIGENTE – SOCIO - MEDICO A.S. 2026/2027

SOCIETÀ

Cognome	Nome	Data di Nascita	Luogo di Nascita

Codice Fiscale

Indirizzo

Via		
Città:	prov:	Cap:

Recapito Telefonico

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