

**CENTRO ANZIANI FORMIA A.P.S.**

Tessera Socio n.

Via Sarinola n. 1 04023 Formia (LT)

COGNOME	NOME	Luogo E Data Di Nascita
Residenza	Cod.Fiscale	Tel. Cellulare
Data Ammissione	Data Cessazione	E Mail
ANNO :	QUOTA SOCIALE VERSATA	
Questionario : Interessano GITE 1 Giorno Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> + Giorni Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
A QUALI ATTIVITA' E' INTERESSATA/O A PARTECIPARE :		
.....		
Data.....	Firma.....	

Il/la sottoscritto/a letta l'informativa art. 13 - 14 del Regolamento UE 2016/679, dichiara di essere stato informato/a sulle finalità e le modalità di trattamento cui sono destinati i dati, i soggetti a cui gli stessi potranno essere comunicati, anche in qualità di incaricati, nonché sul diritto di accesso ai dati personali forniti con facoltà di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione. Per quanto sopra esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità strettamente connesse e strumentali ai fini statuari dell'associazione. Inoltre il/la sottoscritto/a acconsente all'utilizzo del materiale sia esso fotografico, che audio e/o video registrato con le proprie immagini per eventuali diffusioni, pubblicazioni ed esposizioni curate da **Centro Anziani Formia A.P.S.** o chi per essa ai sensi del D.lgs. n.101/2018 (decreto di adeguamento al GDPR).

**Data..... Per presa visione e accettazione il Socio firmato**