



Domanda adesione **SOCIO DONATORE**

Cognome	Nome	sexso: M F
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Nazionalità		
Codice Fiscale:		
Residenza: Via		n°
Città	Cap	Prov
Domicilio (Se diverso) Via		n°
Città	Cap	Prov
Tel/Cell	Mail	
Luogo donazione preferito:		
Documento: <input type="checkbox"/> carta d'identità <input type="checkbox"/> patente <input type="checkbox"/> passaporto <input type="checkbox"/> altro (specificare)		
N° documento:	Rilasciato da:	Scadenza:

Il sottoscritto chiede di essere iscritto all'AVIS come Socio Donatore Effettivo. Dichiaro di accettare le norme dello Statuto e del Regolamento associativo in vigore.
Il socio è consapevole che in qualsiasi momento può richiedere la cancellazione dei propri dati personali e sensibili scrivendo a DPO@hideea.com.

Data Firma

Il sottoscritto chiede di cambiare associazione da..... ad Avis Comunale Roma Odv

Data..... Firma.....

INFORMATIVA PRIVACY: I DETTAGLI DELLA POLICY PRIVACY DI AVIS ROMA SONO VISIBILI SUL NOSTRO SITO NELLA SEZIONE "PRIVACY".

AVIS Roma si impegna a conservare e trattare i vostri dati personali secondo GDPR 2016/679. Ad ulteriore impegno nella tutela dei dati AVIS Roma ha nominato un Data Protection Officer, dott. Antonello Dionisi, raggiungibile all'indirizzo email DPO@hideea.com per richiedere il tracciamento, la cancellazione o qualsiasi chiarimento sul trattamento dei vostri dati.

Firma per presa visione dell'informativa Privacy _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Dopo aver letto l'Informativa privacy, di cui GDPR 2016/679, prendo atto che il trattamento dei miei dati personali avverrà da parte di Avis Comunale Roma in piena conformità all'informativa fornita ed alla normativa in vigore in materia di tutela dei dati personali. Accosento all'utilizzo di tecniche di comunicazione a distanza quali posta tradizionale, posta elettronica, telefono anche cellulare, servizi di invio testi e/o immagini quali short messaging system ('SMS'), servizi di messaggistica istantanea o social network e conseguente trattamento dei miei dati privati e sensibili, da parte della scrivente

Nome _____ Cognome _____

Consento Non consento

Firma _____ Data _____