



## Associazione italiana Malattia di Alzheimer Domanda di adesione

IL /La sottoscritta (cognome).....(nome).....

Nato/a.....il.....

Residente in.....Cap.....

Via.....N°.....

Telefono.....Professione.....

Familiare  (Grado di parentela)..... Non familiare

Nome dell'ammalato.....distretto.....

Versa la somma di € 50,00 come socio ordinario per l'anno.....

Versa la somma di ..... socio sostenitore per l'anno.....

Prima iscrizione

Rinnovo iscrizione

Socio dal .....

.....

**firma leggibile**

INFORMATIVA LEGGE 675/96 e successivo Dlgs 30 Giugno 2006 – TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Si dichiara di aver visionato il regolamento in allegato e di accettarne i contenuti.

Si informa che il trattamento dei vostri dati personali e' compiuto al solo scopo informativo-divulgativo. Ai sensi dell'art. 13 della L.675/96 successivo Dlgs 30 Giugno 2006 potete opporvi al trattamento ed ottenere in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente la cancellazione dei vostri dati rivolgendovi a :  
A.I.M.A.—Strada Comunale del Principe 16/A c/o ex Frullone 081/7400245, in tal caso non sara' piu' possibile ricevere il nostro materiale.