



Associazione Diabetici della Provincia di Milano odv

C/o Ospedale dei Bambini V. Buzzi, ASST Fatebenefratelli/Sacco, Via Castelvetro 32 - 20154 Milano
Cell 335352612 Email: info@adpmi.org; mottesml@hotmail.com Sito: www.adpmi.org
C/C Bancario: IBAN: IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101 Codice Fiscale 06500540155

TESSERA N°

MODULO ISCRIZIONE a: ADPMI odv ANNO 2022

Corso Base: Il Counting dei Carboidrati e non solo, per Diabetici in terapia insulinica e per genitori di bambini con diabete

Corso on line su piattaforma Zoom

COGNOME /NOME _____

Codice Fiscale _____

Via _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

E-mail _____ Cellulare _____

Professione _____ Data di Nascita _____

Centro Diabetologico di riferimento _____ Dott. _____

Diabetico dal _____ Genitore di minorenne con diabete _____

TERAPIA: Insulina+ipoglicemizzanti Insulinica multi iniettiva

Microinfusore Tipo _____ Sensore Tipo: _____

Ha già frequentato corsi formativi sul Counting ? SI NO

* Per partecipare è richiesta l'iscrizione all'Associazione.

* **Quote di iscrizione: 50€ Socio Sostenitore**

* La quota di iscrizione dev'essere versata, tramite bonifico bancario, su

IBAN :IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101

✓ *Pagamento effettuato tramite:* Bonifico Bancario il _____

Sono già Socio 2022 di ADPMI odv, tessera n. _____

➤ Per info: mail: mottesml@hotmail.com; info@adpmi.org; Cell:335352612; sito: <http://www.adpmi.org>

DICHIARA DI AVER VISIONATO e DI ACCETTARE LO STATUTO ADPMI odv riportato sul sito internet <http://www.adpmi.org>

DICHIARAZIONE DI AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PRIVACY

Letta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 679/2016, pubblicata sul sito internet <http://www.adpmi.org> e consapevole che:

1. Il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. Il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. Potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli potenziali documenti relativi ad episodi di diagnosi o cura da me forniti; dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e in modo consapevole il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di ADPMI, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

La/Il sottoscritto/a: _____

- presta il proprio consenso esplicito, libero, informato e inequivocabile al trattamento dei suoi dati personali, anche di categorie particolari e relativi alla salute, da parte del titolare del trattamento, secondo le indicazioni fornite nell'informativa
- presta il suo consenso per l'invio di comunicazioni relative all'organizzazione di iniziative di formazione, informazione ed eventuali azioni di sostegno finalizzate al miglioramento della qualità della cura e della gestione del diabete ed alla ricerca scientifica;
- presta il suo consenso per la raccolta e diffusione del proprio ritratto fotografico per i fini indicati nell'informativa.

data _____

firma _____

Inviare compilato in ogni sua parte a : info@adpmi.org