

**RICHIESTA NUOVA ISCRIZIONE ANNO 2024**

COGNOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

TESSERA N° \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Telefono/Cell : \_\_\_\_\_

**QUOTA VERSATA**

100€ Socio Benemerito

50€ Socio Sostenitore

30€ Socio Ordinario

pagamento tramite Bonifico Bancario su IBAN **IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101**

Contanti

In data: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_

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

**DICHIARA L'AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PRIVACY**

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 679/2016, pubblicata anche 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.

**Per l'inserimento nella mailing list è indispensabile prestare il consenso barrando entrambi i riquadri seguenti:**

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 ed eventuali azioni di sostegno finalizzate al miglioramento della qualità della cura e della gestione del diabete ed alla ricerca scientifica;

data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Numero Tessera \_\_\_\_\_

Centro Diabetologico di riferimento \_\_\_\_\_ Dott: \_\_\_\_\_

Diabetico dal \_\_\_\_\_

**BARRARE CON UNA X IL**

**Terapia:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta                             | <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti          |
| <input type="checkbox"/> Mista insulina + ipoglicemizzanti | <input type="checkbox"/> Insulinica multiiniettiva |
| <input type="checkbox"/> Microinfusore Tipo _____          |  |
| <input type="checkbox"/> Sensore Tipo _____                |  |
| <br>   |  |
| <input type="checkbox"/> Non Diabetico                     |  |
| <input type="checkbox"/> Familiare                         |  |
| <input type="checkbox"/> Genitore di minore con diabete    |  |
| <input type="checkbox"/> Altro.....                        |  |

**AUTORIZZAZIONE PRIVACY FIRMATA A Pag. 1**

Da inviare a: [info@adpmi.org](mailto:info@adpmi.org)