

Spett.le Consiglio Direttivo

Medici in Africa OdV

Via Isonzo 27/17

16146 Genova

MODULO ISCRIZIONE SOCI ANNO 2024

Tesseramento: modulo d’iscrizione all’Associazione in qualità di socio per l’anno in corso. Tale tesseramento ha validità per tutto l’anno solare con scadenza il giorno 31 dicembre.

 Il sottoscritto Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sesso: M/F

Nato a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov:\_\_\_\_\_\_\_\_Nazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CAP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov:\_\_\_\_\_\_ Professione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

⬜ CHIEDE PERSONALMENTE ⬜ QUALE LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’ASSOCIAZIONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell’Associazione “Medici in Africa OdV” per l’anno corrente in qualità di:

SOCIO ORDINARIO ⬜ SOCIO ISTITUZIONALE ⬜ condividendone le finalità istituzionali.

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto e di approvarlo in ogni sua parte, di condividere i principi e le finalità dell’Associazione e si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti Si impegna a versare la quota associativa annuale di € 30,00 mediante il pagamento con contanti, bonifico (Banca BPM - iban: IT29G0503401411000000000395) o attraverso il bottone “Dona Ora” sul sito www.mediciinafrica.it, al ricevimento della comunicazione di conferma relativa alla presente richiesta. A tal fine dichiara di esonerare l'Associazione “Medici in Africa OdV” da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall’associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Il Modulo di Iscrizione verrà vagliato nell'arco di pochi giorni dal Consiglio Direttivo, ed una volta espresso parere a riguardo, questo verrà comunicato al richiedente via email

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMATIVA PRIVACY SUL TRATTAMENTO E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento UE 2016/679), Medici in Africa OdV, in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati Personali, la informa che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale vengono resi, e quindi al fine di consentire l’erogazione del servizio richiesto con il presente modulo. I dati saranno conservati, all’interno dell’Unione Europea, esclusivamente per il periodo necessario al perseguimento delle finalità per cui sono stati raccolti o secondo gli obblighi di legge e comunque non oltre 10 anni dall’ultimo consenso. In qualsiasi momento, scrivendo a mediciinafrica@unige.it lei potrà far valere i suoi diritti tra cui l’accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione e l’opposizione al trattamento. Ha inoltre eventualmente diritto di presentare reclamo all’Autorità di Controllo.
Preso atto di quanto sopra indicato, il sottoscritto presta il proprio consenso al trattamento dei dati forniti a Medici in Africa OdV

Autorizza altresì all’utilizzo dell’e-mail fornita per ricevere informazioni riguardanti iniziative di Medici in Africa OdV       SI    NO

Luogo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_