



Associazione Pugliese di Medicina Olistica

Via P. Togliatti 7 - Tel 0831-778778

72023, Mesagne (BR)

www.apmo.it

Richiesta di iscrizione all'Associazione Pugliese di Medicina Olistica

Siete pregati di compilare le seguenti righe in ogni parte al fine di consentire le regolari procedure di iscrizione e registrazione. La firma per il consenso al trattamento dei vostri dati personali è indispensabile per la partecipazione alla scuola e/o alle iniziative dell'associazione.

Data compilazione _____

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Residenza fiscale _____

Tel _____

Fax _____

cellulare _____

Codice fiscale _____

P. I. _____

Indirizzo per la corrispondenza _____

Indirizzo e-mail _____

@ _____

Inoltro formale richiesta per l'iscrizione annuale all' Associazione Pugliese di Medicina Olistica per l'anno **2009**

Ai sensi dell'Art. 2 della Legge del 4 gennaio 1986, modificata dalle leggi n 127 del 15 maggio 1977 n 198 del 16 giugno 1998 e del DPR n 403 del 20 ottobre 1998, fatte salve le norme di cui ai commi 2 e 3 dell'Art. 11 del D.L. n 368 del luglio 1992 si riporta quanto segue:

Dichiarazione da rendere in mancanza od in aggiunta (a discrezione della segreteria), della consegna del titolo in possesso

Io sottoscritto _____

consapevole delle conseguenze penali di cui all' Art. 26 della legge n 15 del 4 gennaio 1958, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti dell'art 4

dichiara di essere in possesso del seguente Titolo di studio

Titolo _____

conseguito a _____

in data _____

- Esprimo il consenso previsto dagli articoli 11 e 20 della legge 675/1996 al trattamento dei miei dati personali da parte dell'**ASSOCIAZIONE PUGLIESE DI MEDICINA OLISTICA**, per le sue finalità istituzionali connesse o strumentali, nonché il consenso alla comunicazione ed all'avvio dei dati stessi ai terzi appartenenti alle categorie di soggetti espressi nella nota nella nota informativa che tempo per tempo aggiorniamo teniamo presso i vostri uffici
- Esprimo, altresì, il consenso al trattamento dei dati personali da parte di Società, Enti o Consorzi che forniscono specifici servizi elaborativi, ovvero svolgono attività funzionali a quella dell'**ASSOCIAZIONE PUGLIESE DI MEDICINA OLISTICA**, nonché attività di supporto all'esecuzione delle operazioni o dei servizi da me richiesti o comunque resimi, individuati per denominazione (o Ragione sociale) o per le categorie di appartenenza sopra citati. Consento, altresì, che i miei dati personali siano resi accessibili anche ad altre Associazioni/Enti per fini strumentali all'oggetto dell'attività dell'Associazione stessa.
- Presto, inoltre, il consenso a che il trattamento dei miei dati personali possa avvenire anche con modalità elettroniche e/o automatizzate. Esprimo il consenso, nell'ipotesi che vi fornisca dati personali da ritenersi sensibili in base agli articoli 22-23-24-della citata legge, e cioè le iscrizioni a Sindacati, Partiti altre Associazioni, dati relativi alla salute, al trattamento da parte della vostra **ASSOCIAZIONE** ed eventuale comunicazione a terzi, quando ciò sia funzionale alla esecuzione delle operazioni o servizi da me richiesti. Resta inteso che in ogni momento posso ritirare il mio consenso alla detenzione/trattamento dei miei dati, rivolgendomi alla segreteria dell'**ASSOCIAZIONE PUGLIESE DI MEDICINA OLISTICA**

Letto, sottoscritto e firmato quanto sopra

Firma (leggibile)-----