



Associazione
Nazionale Mutilati Invalidi Civili
Ente Morale DPR 23/12/1978

DOMANDA DI ADESIONE ALLA ASSOCIAZIONE NAZIONALE MUTILATI ED INVALIDI CIVILI SEDE PROVINCIALE DI: _____

| COGNOME E NOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | C.A.P. | RESIDENZA - VIA /PIAZZA | TELEFONO | N. TESSERA | VERSAMENTO |
|----------------|-------------------------|--------|-------------------------|----------|------------|----------------|
| | | | | E-MAIL | | DIR C/C DEL |

| | Grado di Invalidità | Stato | Titolo di studio | Nucleo familiare | |
|-------------------------------------|--|--|---|------------------------------------|--|
| Iscrizione <input type="checkbox"/> | | | | | Socio sostenitore <input type="checkbox"/> |
| Rinnovo <input type="checkbox"/> | superiore 1/3 <input type="checkbox"/> | lavoro dipendente <input type="checkbox"/> | nessuno <input type="checkbox"/> | numero persone componenti famiglia | Socio simpatizzante <input type="checkbox"/> |
| | superiore 2/3 <input type="checkbox"/> | lavoro autonomo <input type="checkbox"/> | licenza elementare <input type="checkbox"/> | | |
| | 100% <input type="checkbox"/> | pensionato <input type="checkbox"/> | licenza media <input type="checkbox"/> | _____ | |
| | 100% + I.A. <input type="checkbox"/> | disoccupato <input type="checkbox"/> | diploma <input type="checkbox"/> | | |
| | minore <input type="checkbox"/> | | laurea <input type="checkbox"/> | | |

| Stato civile | Percentuale di invalidità | Sesso | Tipo di invalidità | Riconoscimento benefici | Letta l'informativa "privacy" Conferisce il proprio consenso all'utilizzo dei dati per l'invio della rivista Tempi Nuovi |
|--|----------------------------|----------------------------------|--|--|--|
| celibe o nubile <input type="checkbox"/> | trascrivere il grado _____ | maschio <input type="checkbox"/> | fisica-protesi <input type="checkbox"/> | domanda per inv. civ. <input type="checkbox"/> | |
| coniugato/a <input type="checkbox"/> | | femmina <input type="checkbox"/> | fisica-tutore <input type="checkbox"/> | inoltro doc.ne INPS <input type="checkbox"/> | |
| vedovo/a <input type="checkbox"/> | | | fisica-carrozzina <input type="checkbox"/> | pratica legale <input type="checkbox"/> | SI <input type="checkbox"/> |
| separato/a <input type="checkbox"/> | | | psichica <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> |
| divorziato/a <input type="checkbox"/> | | | sensoriale <input type="checkbox"/> | | |
| | | | pluriminorato <input type="checkbox"/> | | |

Firma dell'assistito o del suo rappresentante legale

Savona li _____



(*Informativa associati*)

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo n. 196 del 2003

Questa informativa viene fornita ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196 del 2003 (di seguito Codice privacy), dettato in materia di "protezione dei dati personali". Secondo il Codice, l'uso dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del Codice privacy, la **Sede Provinciale di _____ dell'A.N.M.I.C. Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi civili, con Sede Legale in _____, Via _____ al n. _____**, Titolare del trattamento, Le fornisce quindi le seguenti informazioni:

1. il trattamento ha per finalità:
 - L'adempimento degli obblighi derivanti dallo Statuto dell'Associazione, consistenti, tra l'altro, nella tutela dei suoi interessi morali ed economici, nell'attività di tesseramento, nella prestazione di servizi di assistenza e nella formazione professionale;
 - consentire l'esercizio dei diritti riconosciuti dallo Statuto dell'Associazione quali il diritto di voto;
 - L'adempimento dei correlati obblighi di legge;
 - Lo svolgimento di attività statistica previa autorizzazione degli stessi.
2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali;
3. i dati che la riguardano sono dati di natura comune e sensibile. I dati sensibili attengono al suo stato di salute.
4. il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario per il perseguimento delle finalità sopra indicate.
5. Limitatamente ai dati da Lei conferiti per il tesseramento sussiste una contitolarità del trattamento dei dati tra la sede nazionale e la sede provinciale.
6. i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria quali la ASL, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 7 della Legge 295 del 1990, stanti i poteri di accertamento della stessa, nonché ai soggetti da Lei indicati a seconda delle sue esigenze e compatibilmente con le finalità associative (INPS, società di autotrasporti con le quali sussistono specifiche convenzioni, soggetti muniti di specifica delega, ecc.).
7. Il Presidente della sede provinciale e gli Incaricati che operano nel medesimo ufficio potranno venire a conoscenza dei suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate;
8. i dati non saranno diffusi;

La informiamo, infine che potrà esercitare, i diritti contemplati dall'art. 7 del Decreto Legislativo 196/03, tra cui quello di ottenere dal Titolare o dal Responsabile per la gestione delle istanze degli interessati, la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e di consentirgliene, nel caso, la messa a disposizione. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del Trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. Si potrà rivolgere direttamente presso la sede del Titolare sopra indicata tramite fax o posta ordinaria o all'indirizzo di posta elettronica: **anmicsv@tiscalinet.it**

Formula di consenso al trattamento dei dati personali

Il Signor/La Signora _____, acquisite le informazioni di cui sopra, ai sensi dell'articolo 26 del Codice privacy, conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili.

do il consenso nego il consenso

Firma _____

Savona li _____