

# ODV GRUPPO ANIMAZIONE LESIONATI MIDOLLARI



Aderente alla F.A.I.P  
Federazione delle Associazioni Italiane di  
Persone con lesione al midollo spinale

## TESSERAMENTO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Chiede di divenire socio del G.A.L.M. e dichiara di accettare quanto previsto dallo Statuto e dal Nuovo Regolamento dell'Associazione.

Indicare disponibilità per una eventuale forma di collaborazione:

Iscrizione alla chat Galm Informa  SI  NO

Iscrizione alla mailing-list NEWS  SI  NO

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Caro Socio,

raccogliamo i tuoi dati personali per gestire il rapporto tra te e ODV GRUPPO ANIMAZIONE LESIONATI MIDOLLARI, con particolare attenzione al profilo della sicurezza. Il conferimento dei dati è facoltativo ma, la loro assenza, comprometterebbe il regolare svolgimento dei servizi offerti dall'Associazione.

Ti chiediamo pertanto il tuo consenso, fermo restando il diritto di revoca in qualunque momento (senza pregiudicare la liceità del precedente trattamento).

Salvo richieste dalle autorità competenti per legge, i tuoi dati non saranno comunicati a nessuno e saranno conservati, anche successivamente alla cessazione del rapporto, per altri 5 anni. Ti ricordiamo che hai sempre diritto di accesso ai tuoi dati, rettifica degli stessi, di chiedere la cancellazione, di revocare il consenso e di reclamare al Garante, come previsto dagli articoli 15-22 del RGDP 2016/679.

Il titolare del trattamento è l'Associazione ODV GRUPPO ANIMAZIONE LESIONATI MIDOLLARI, con sede in via delle Betulle, 5 Pedemonte di San Pietro in Cariano (VR) e puoi esercitare i tuoi diritti scrivendo a [info@galm.it](mailto:info@galm.it)

Con la sottoscrizione, chiedi il tesseramento e presti il suo consenso al trattamento dei propri dati, compresa l'eventuale pubblicazione di immagini sui social, sul giornale "L'Informatore" e nelle varie attività del G.A.L.M.

Data e luogo \_\_\_\_\_ Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Numero di tessera assegnata \_\_\_\_\_

Si prega di inoltrare la presente scheda a [info@galm.it](mailto:info@galm.it) o al fax 0459251241 o a mezzo posta all'indirizzo riportato in calce