

MODULO DI RICHIESTA D'ISCRIZIONE

il/la sottoscritto/a _____)
residente in V./piazza _____ n° _____)
cap _____ Citta' _____)
tel. _____ fax _____ e-mail _____)
cell. _____ altro _____)
tipo inv. _____ banca _____)
_____)
_____)

identificativo tessera

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL' **A.R.T.** VALIDA FINO A REVOCA IN
QUALITA' DI ___ SOCIO (EURO 50,00) CINQUANTAEURO//OO CENT (UNA TANTUM)
EFFETTUA IL VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA, NEL MODO SEGUENTE:

- IMPORTO ALLEGATO ALLA PRESENTE.
- BONIFICO BANCARIO SUCARIPARMA
COORDINATE BANCARIE: IBAN IT43 J062 3001 0130 0004 6511 240
INTESTATO AD A.R.T. C.so Re Umberto 88, 10128 TORINO
E ALLEGA ALLA PRESENTA LA RICEVUTA DEL VERSAMENTO.
- ASSEGNO BANCARIO NON TRASFERIBILE INTESTATO AD A.R.T.

DISTINTI SALUTI.

FIRMA _____)

DATA _____)

A.R.T.
Associazione Risparmiatori Tangobond
C.so Re Umberto, 88 - 10128 TORINO
Tel- fax: 011. 5681299
www.tangobond.it – tangobond@tangobond.it

Informativa ex art.13 del D.lgs. 196/2003 Testo Unico sulla tutela dei dati personali.

1. Oggetto dell'informativa. Le informazioni oggetto della presente comunicazione riguardano tutti i Suoi dati personali che sono oggetto di trattamento da parte della nostra Associazione. L'informativa riguarda i dati raccolti prima d'ora e quelli che saranno acquisiti in futuro. Il consenso che Le chiediamo riguarda gli eventuali dati sensibili, quali dati relativi allo stato di salute, opinioni politiche, sindacali, religiose, attinenti alla sfera sessuale. Ogni dato da Lei fornito sarà trattato secondo i principi di necessità, pertinenza e non eccedenza, nel rispetto della legge e della correttezza.

2. Finalità del trattamento. Il trattamento dei Suoi dati avviene unicamente per attività legate alla nostra Associazione. E' Sua facoltà richiedere la distruzione di ogni Suo dato al termine dell'espletamento dell'incarico conferito o in caso di recesso dall'Associazione. Le chiediamo tuttavia il consenso alla conservazione dei Suoi dati nell'archivio storico dell'Associazione per consentirci di reperire eventuali dati utili ad una Sua futura tutela.

RICHIEDO LA DISTRUZIONE DEI DATI

PRESTO IL CONSENSO ALLA CONSERVAZIONE DEI DATI NELL'ARCHIVIO STORICO

3. Modalità del trattamento. Il trattamento dei dati raccolti, in relazione alle finalità indicate al n. 2, avverrà mediante strumenti manuali ed informatici, e comunque, in modo che sia garantita la sicurezza e la riservatezza dei dati nel rispetto di quanto stabilito dal D.Lgs 196/2003.

4. Comunicazione e diffusione dei dati. I dati personali non saranno trasmessi ad alcuno per nessuna ragione. Si precisa che i dati non sono raccolti per scopo pubblicitario, ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

5. Titolare e responsabile. Il titolare del trattamento dei dati è Rolich Fridiq, presidente dell'Associazione A.R.T. avente sede in C.so Re Umberto 88, 10128 TORINO.

Sulla base di quanto sopra, Lei può esprimere il consenso apponendo la Sua firma in calce.

Nome _____

Data e luogo di nascita _____

C.F. _____

Indirizzo _____ n° _____

Citta' _____

Tel _____ cell _____

e-mail _____

Torino, li.....

(Firma) _____

Si prega di compilare in ogni sua parte il modulo del consenso al trattamento dei dati.