

**Domanda di ammissione a socio della
"Associazione Professionale Integrazione Fasciale"**

Nome e cognome - Name and surname

.....

Anno di nascita - Date of birth

.....

Indirizzo di residenza - Resident (street)

.....

Telefono abitazione e/o cellulare - Home and / or mobile phone

.....

E-mail

.....

C.F. - Fiscal Code

.....

Chiedo

di essere ammesso quale socio della "Associazione Integrazione Fasciale" nell'anno in corso.
Dichiara, altresì, di aver preso visione dello statuto e di accettarlo integralmente.

I ask

To be admitted as a member of the "Fascia Integrazione Association" in the current year I also
declare to have read the statute and to accept it in full.

Firma - Signature

In relazione all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE/2016/679 GDPR, si prende ulteriormente atto che con la sottoscrizione del presente modulo i dati verranno trattati dagli incaricati dell'Associazione per il raggiungimento delle finalità sociali. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati necessario all'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dalle norme statutarie e dalle norme delle Federazioni o Enti di promozione a cui siamo/saremo

affiliati. Si specifica che, qualora si negasse il consenso al trattamento o alla trasmissione dei dati di cui sopra per le finalità di tipo istituzionale, l'Associazione si troverà costretta a non dar seguito alla richiesta di ammissione a socio.

Obbligo di riservatezza:

Mi impegno a non comunicare a terzi, in tutto o in parte, le informazioni, esperienze, nozioni e contenuti nel video che sto per acquistare. Mi impegno a non divulgare, cedere, riprodurre, vendere, trasferire e/o utilizzare in nessun modo e con qualsiasi modalità il materiale video scritto e i contenuti di integrazione fasciale che si stanno per acquistare. Confermo di aver letto codice deontologico regolamento e statuto dell'associazione di Integrazione fasciale

Pursuant to art. 13 of Regulation EU / 2016/679 GDPR, I consent to the processing of my personal data.

Obligation to be subject to retention:

I undertake not to disclose to third parties, in whole or in part, information, experiences, concepts and contents in the video I am about to purchase. I undertake not to divulge, transfer, reproduce, sell, transfer and / or use in any way and in any way the written video material and the contents of the fascial integration that are being purchased. I confirm that I have read the code of ethical regulation and the statute of the association of fascial integration.

Presto il consenso - I give my consent

Firma - Signature

Firma - Signature

(Il Socio)

Luogo e Data - Place and date _____

Per accettazione – For acceptance

Firma - Signature
