

## **Domanda d' Iscrizione**

**Data** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \* \_\_\_\_\_

Nato/a a \* \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

Residente a \* \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

VIA \* \_\_\_\_\_

|            |            |           |
|------------|------------|-----------|
| Colostomia | ileostomia | uristomia |
|------------|------------|-----------|

avendo preso visione dello Statuto che regola l'associazione, e dei requisiti per l'ammissione a socio ordinario,

**RICHIEDE** di essere iscritto all'ASTOS, Associazione Stomizzati Toscani ONLUS

Si impegna a versare regolarmente la quota associativa annuale, a rispettare le disposizioni statutarie e le delibere degli organi associativi.

Acconsente al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 e in accordo al regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati, General Data Protection Regulation, alias GDPR\*

***Comunica di seguito i propri contatti:***

Mail \* \_\_\_\_\_

Tel./Cell. \* \_\_\_\_\_

**Firma per esteso** \_\_\_\_\_

NB: I campi con l'asterisco sono obbligatori.