

SOCIO FAMILIARE

Mod. 2

Torino, li ___/___/_____

**Al Presidente
CRAL IZSPLV
via Bologna 148
10154 TORINO**

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di voler aderire
per l'anno _____ al CRAL IZSPLV

DATI PERSONALI

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
nato/a a _____ Prov. ___ il ___/___/___
residente a _____ Prov. ___
via _____ n. _____ Cap. _____
Cellulare _____ email _____

DATI FAMILIARE SOCIO IZSPLV

Cognome _____ Nome _____
Grado parentela _____

DATI NUCLEO FAMILIARE:

COGNOME E NOME	PARENT. (*)	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA
1. _____	_____	_____	___/___/___
2. _____	_____	_____	___/___/___
3. _____	_____	_____	___/___/___
4. _____	_____	_____	___/___/___
5. _____	_____	_____	___/___/___

(*) C = Coniuge/Convivente; F= Figlio/a; A= Altro

Si informa che, in conformità al D.lgs.196/2003 e regolamento UE 679/2016 (Tutela dei dati personali) i dati trasmessi verranno archiviati come confidenziali. Si assicura la riservatezza dei dati acquisiti i quali non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi e potranno essere utilizzati con la sola finalità di soddisfare le richieste inoltrateci e aggiornamenti sulla nostra attività.

Prendo atto dell'informativa fornitami, ai sensi e per gli effetti D. Lgs 196 del 30/06/2003 e regolamento UE 679/2016 (Tutela dei dati personali), riguardo al trattamento dei miei dati personali e alle comunicazioni necessarie per l'esecuzione della presente disposizione.

FIRMA