



**AFRO.MED ASSOCIATION Cf. 97953370158 [afromedassociation@pec.it](mailto:afromedassociation@pec.it)**

“Associazione di Promozione Sociale A.P.S.- Ente del Terzo Settore (ETS)

Sede legale in via Camillo Giussani, N. 27, 20143 Milano

### MODULO DI ADESIONE

Ti invitiamo a unirti a noi!

Il Sottoscritto

nato .....

Residente: Via ....

n. .. -.....CAP...

( )

Codice fiscale: .....

Telefono +39.....,

email: .....

PEC

Altre associazioni a cui ha aderito: \_\_\_\_\_

presenta domanda di adesione all'Associazione **Afro.Med association** , codice fiscale **97953370158**.. affermando espressamente di:

- *conoscere ed accettare: Statuto, dell'Associazione Afro.Med association.*
- *mantenere una condotta rispettosa nei confronti dell'ordine pubblico, della persona, del patrimonio e della comune morale.*
- *non essere sottoposto a misure cautelative;*
- *non aver riportato condanne penali e di godere dei diritti civili;*
- *non essere stato dichiarato fallito*

Chiede **di essere ammesso come Socio ordinario dell' Associazione Afro.Med association**

Mi impegno a versare il contributo annuale 2025 di €100,00, tramite bonifico bancario all'Associazione

**"Afro.Med Association"APS, nel seguente conto corrente:**

**Banca Sella** conto: **R252347443060** IBAN: **IT25L03268 50520 052347443060** Codice BIC **SELBIT2BXXX**

**Allega alla presente: Carta Identità, Tessera sanitaria, Curriculum vitae**

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Firma dell'interessato**

### **POLICY DI ADESIONE**

*In conformità con il Regolamento Generale per la Protezione dei Dati REG.UE 679/16 preso atto che i dati personali forniti verranno trattati, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679, avendo ricevuto apposita informativa nonché acquisite e comprese le informazioni di cui all'art. 13 del Reg. Ue 679/2016 e della normativa nazionale vigente adeguata ai sensi del D.lgs 101/2018 fornite dal Titolare del trattamento ossia dall'Associazione **AFRO.MED ASSOCIATION***

- |                      |                          |                                                                                        |                                                                                                                                                                               |
|----------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| xEsprimo<br>consenso | <input type="checkbox"/> | Non esprimo il consenso<br>nell'informativa                                            | al trattamento dei dati personali, secondo i termini e le modalità riportati                                                                                                  |
| xEsprimo<br>consenso | <input type="checkbox"/> | Non esprimo il consenso<br>nell'informativa                                            | alla comunicazione dei miei dati personali ai terzi per le finalità indicate                                                                                                  |
| xEsprimo<br>consenso | <input type="checkbox"/> | Non esprimo il consenso<br>nell'informativa                                            | al trattamento dei dati personali per il perseguimento delle finalità di<br>pubblicità e promozione dei servizi offerti (marketing) secondo i termini e le modalità riportati |
| xEsprimo<br>consenso | <input type="checkbox"/> | Non esprimo il consenso<br>secondo i termini e le modalità riportati nell' informativa | al trattamento dei dati personali per finalità di pubblicazione foto e video                                                                                                  |

**Letto, approvato e sottoscritto**

**Socio ordinario:**

**Afro.Med association**

Rappresentante legale: **Giuseppe Alizzio**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_