

**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO NEL
CIRCOLO AZIENDALE OSPEDALIERI DI MANTOVA**

CON SEDE C/O ASST – Viale Albertoni 1 Mantova

MANTOVA li _____

Conferma adesione con Ricevuta n. _____ (da compilare da parte del CAO)

In data

IL/La Sottoscritto/a Cognome e Nome

Chiedo di far parte al **Circolo Aziendale Ospedalieri di Mantova** in qualità di

AGGREGATO

E di rispettarne le regole come da Statuto

Nato a..... il

Indirizzo: c.a.p.Comune

Via

N. Telefono

E mail :

Firma richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo

denominato "GDPR – General Data Protection Regulation" già D. Lgs 2016/679

per la tutela sulla privacy, si dichiara che i dati sopraesposti non saranno divulgati esternamente ma esclusivamente per l'invio di notizie inerenti l'attività del Circolo.

Acconsento

SI

NO

Firma _____

L'adesione può essere revocata in qualsiasi momento tramite email