



Io sottoscritto

Cognome .....

Nome .....

C.F. ....

Data e luogo di nascita .....

Indirizzo .....

Telefono.....

Email.....

Documento Riconoscimento .....

**CHIEDO**

di poter diventare socio dell'Associazione Italiana Sindrome di Alexander-PIU' UNICI  
CHE RARI ONLUS, C.F. 97726790153, con sede in via privata Don Bartolomeo  
Grazioli n.33 – Milano.

Dichiaro di condividere le finalità che la stessa si propone e mi impegno ad approvarne  
e osservarne lo Statuto e gli eventuali Regolamenti.

Milano, .....

Firma

Pienamente informato delle finalità e modalità del trattamento, rilevato che lo stesso è rispettoso  
del Regolamento UE 2016/679 per la protezione dei dati personali, esprimo il consenso al  
trattamento dei miei dati personali, anche sensibili.

Firma