



DOMANDA DI ADESIONE

COGNOME E NOME		
DATA E LUOGO DI NASCITA		
RESIDENZA _____		
Via _____ n° _____		
Tel.	E.MAIL _____ @ _____	
Codice Fiscale		
NUMERO TESSERA		
VERSAMENTO	DIRETTO <input type="checkbox"/>	CONTO C. <input type="checkbox"/> DELEGA <input type="checkbox"/>

Iscrizione <input type="checkbox"/>	GRADO DI INVALIDITA'	STATO	TITOLO DI STUDIO	NUCLEO FAMILIARE	SOCIO
	Superiore 1/3 <input type="checkbox"/>	Lavoro dipendente <input type="checkbox"/>	Nessuno <input type="checkbox"/>	Numero persone Compon.famiglia	Sostenitore <input type="checkbox"/>
Rinnovo <input type="checkbox"/>	Superiore 2/3 <input type="checkbox"/>	Lavoro autonomo <input type="checkbox"/>	Licenza elementare <input type="checkbox"/>	_____	Simpatizzante <input type="checkbox"/>
	100% <input type="checkbox"/>	Pensionato <input type="checkbox"/>	Licenza media <input type="checkbox"/>		
	100% + I.A. <input type="checkbox"/>	Disoccupato <input type="checkbox"/>	Diploma <input type="checkbox"/>		
	Minore <input type="checkbox"/>		Laurea <input type="checkbox"/>		
STATO CIVILE	PERCENTUALE DI INVALIDITA'	SESSO	TIPO DI INVALIDITA'	RICONOSCIMENTO BENEFICI	Letta l'informativa "privacy" fornisce il proprio consenso all'utilizzo dei dati per l'invio della rivista TEMPI NUOVI SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Celibe/Nubile <input type="checkbox"/>	Trascrivere il grado _____	Maschio <input type="checkbox"/>	Fisica-protesi <input type="checkbox"/>	Domanda per invalidità civile <input type="checkbox"/>	
Coniugato/a <input type="checkbox"/>		Femmina <input type="checkbox"/>	Fisica-tutore <input type="checkbox"/>	Domanda l. 104/92 <input type="checkbox"/>	
Vedovo/a <input type="checkbox"/>			Fisica-carrozzina <input type="checkbox"/>	Inoltro documentaz. INPS <input type="checkbox"/>	
Separato/a <input type="checkbox"/>			Psichica <input type="checkbox"/>	Pratica legale <input type="checkbox"/>	
Divorziato/a <input type="checkbox"/>			Sensoriale <input type="checkbox"/>		
			Pluriminorato <input type="checkbox"/>		

_____ li ____/____/_____

Firma dell'assistito o del suo rappresentante legale

Informativa associati ai sensi dell'art. 13 D.L.vo n. 196 del 2003

Questa informativa viene fornita ai sensi dell'art. 13 del D.L.vo n. 196 del 2003 (di seguito Codice privacy), dettato in materia di "protezione dei dati personali".

Secondo il Codice, l'uso dei Suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del Codice privacy, l'ANMIC Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili, con sede legale in Roma, via Maia n. 10, Titolare del trattamento, Le fornisce quindi le seguenti informazioni:

1. il trattamento ha per finalità:

- l'adempimento degli obblighi derivanti dallo Statuto dell'Associazione, consistenti, tra l'altro, nella tutela dei Suoi interessi morali ed economici, nell'attività di tesseramento, nella prestazione di servizi di assistenza e nella formazione professionale;
- consentire l'esercizio dei diritti riconosciuti dallo Statuto dell'Associazione quali il diritto di voto;
- l'adempimento dei correlati obblighi di legge;
- lo svolgimento di attività statistica previa ammonizione degli stessi

2. il trattamento sarà effettuato con strumenti automatizzati e manuali

3. i dati che La riguardano sono di natura comune e sensibile. I dati sensibili attengono al Suo stato di salute

4. il conferimento dei dati è facoltativo ma necessario per il perseguimento delle finalità sopra indicate

5. limitatamente ai dati da Lei conferiti per il tesseramento sussiste una con titolarità del trattamento dei dati tra la sede nazionale e la sede provinciale cui Lei è iscritto

6. i Suoi dati potranno essere comunicati a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria, quali la ASL, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 7 della legge 195 del 1990, stanti i poteri di accertamento della stessa, nonché ai soggetti da Lei indicati a seconda delle Sue esigenze e compatibilmente con le finalità associative (INPS, società di autotrasporti con le quali sussistono specifiche convenzioni, soggetti muniti di specifica delega ecc.)

7. il Presidente della sede provinciale e gli incaricati che operano nel medesimo ufficio potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali esclusivamente per le finalità su menzionate;

8. i dati non saranno diffusi;

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti contemplati dall'art. 7 del D. L.vo 196/03, tra cui quello di ottenere dal Titolare o dal Responsabile per la gestione delle istanze degli interessati, la conferma della esistenza o meno dei propri Dati personali e di consentirgliene, nel caso, la messa a disposizione. Lei potrà pertanto chiedere di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità del trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati stessi; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento. Si potrà rivolgere direttamente presso la sede del Titolare sopra indicata tramite fax o posta ordinaria o all'indirizzo di posta elettronica info@anmic.it. I medesimi diritti di accesso potranno essere esercitati nei confronti della sede provinciale cui lei è iscritto tramite posta o fax.. La Sede Provinciale, difatti, opera come titolare del trattamento dei Suoi dati secondo le modalità, finalità ed ambito di comunicazione interna ed esterna sopra indicata.

Formula di consenso al trattamento dei dati personali

Il Sig./La Signora _____ acquisite le informazioni di cui sopra, ai sensi dell'Art. 26 del Codice privacy, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili nei confronti di A.N.M.I.C Sede Nazionale e A.N.M.I.C. sede provinciale di

Do il consenso

Nego il consenso

Luogo e data _____

Firma _____