



DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ provincia _____

Via _____ nr _____ cap _____

Stato civile _____ Professione _____

Telefono _____ cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Genitore

Paziente

Altro

Cognome e nome paziente _____

Data di nascita _____ patologia _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a come socio dell'**AMMeC Associazione Malattie Metaboliche Congenite onlus**, attenendosi allo statuto ed alle delibere degli organi dell'associazione stessa.

Con la presente esprimo inoltre il consenso, ai sensi della legge n° 675/96, al trattamento dei miei dati personali da parte dell'**AMMeC Associazione Malattie Metaboliche Congenite onlus**, per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali nonché il consenso alla comunicazione ed invio, anche all'estero, dei dati stessi a terzi.

Luogo e data

FIRMA
