

SCHEDA DI ADESIONE
all'ASSOCIAZIONE ALZHEIMER MARCHE ODV ETS per l'Anno 2026

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A IL _____ A _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____
RECAPITO TELEFONICO _____
RECAPITO MAIL _____

CHIEDE

- Di diventare **SOCIO** dell'Associazione Alzheimer Marche ODV ETS condividendone le finalità e gli obiettivi della stessa, e partecipando altresì alla 'vita associativa'.
- Di diventare **SOSTENITORE** dell'Associazione Alzheimer Marche ODV ETS condividendone finalità ed obiettivi della stessa.

Tessera n° _____

Inoltre in qualità di **CAREGIVER** **FAMILIARE**

IN NOME E PER CONTO DI _____
NATO/A IL _____ A _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____

CHIEDE CHE LA/O STESSA/O

diventi **SOSTENITRICE/SOSTENITORE** dell'Associazione Alzheimer Marche ODV ETS

A tale scopo:

- Dichiaro di impegnarsi a versare la **quota associativa 'pro capite' annuale di € 15,00** (quindici/00 Euro) come stabilito dall'Assemblea dei Soci del 2025;
- **Dichiaro di prestare il proprio consenso all'utilizzo di immagini (foto, video, etc.) ricavate durante le attività associative ed utilizzate per comunicazioni istituzionali.**

Data _____ Firma _____

Informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 La informiamo, nella sua qualità di Interessato, che i dati da Lei forniti e quelli che saranno forniti in futuro, saranno oggetto di trattamento da parte dell'Associazione Alzheimer Marche ODV secondo quanto previsto dalla vigente normativa e nel rispetto dell'obbligo di riservatezza. I dati che Le vengono richiesti verranno utilizzati per finalità strettamente connesse all'esecuzione delle attività istituzionali dell'Associazione. Tali dati saranno conservati nell'archivio dell'Associazione in formato cartaceo o elettronico con strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza. Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto la mancata comunicazione potrebbe comportare l'impossibilità di provvedere allo svolgimento della nostra funzione istituzionale. I suoi dati potranno essere comunicati agli incaricati del loro trattamento all'interno dell'Associazione. In relazione ai suoi dati personali Lei potrà esercitare tutti i diritti riconosciuti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, rivolgendosi direttamente all'Associazione Alzheimer Marche ODV ETS che è la "Titolare del trattamento".

Preso atto dell'informativa:

acconsento altresì al trattamento dei miei dati personali (indirizzo postale ed email) per l'invio di Comunicazioni Informative circa le Attività associative e/o Newsletters da parte dell'Associazione Alzheimer Marche ODV ETS, in conformità alla suddetta Informativa sulla Privacy ovvero nel rispetto delle finalità e con le modalità sopra descritte.

Data _____

Firma _____

Scheda di Adesione_Rev 8_2026