



Associazione Italiana
Cure Palliative

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

CF _____ Comune _____

Indirizzo _____

Cap _____ Provincia _____

tel. _____ e.mail _____

Professione _____

Azienda _____

chiede

di essere iscritto gratuitamente in qualità di socio ordinario per gli anni 2016/2017/2018 alla costituenda Associazione di Promozione Sociale - APS - denominata Associazione Italiana Cure Palliative onlus.

Napoli, 16 settembre 2016

Firma

Informativa ai sensi del D.L.vo n. 196/03 e s.m. ed integrazioni. La informiamo che l'Associazione Italiana Cure Palliative onlus procede al trattamento dei Suoi dati personali per le seguenti finalità: invio dei programmi per ricevere le informazioni necessarie per la partecipazione degli stessi. Titolare dei dati personali è il rappresentante legale dell'Associazione Via Nicola Amore 8 c/o Polo del Solievo per la Vita Hospice di Casavatore ASL Napoli 2 Nord. I dati sono a Sua disposizione per qualsiasi correzione o modifica relativa al loro utilizzo.

Napoli, 16 settembre 2016

Firma

Delibera di ammissione gratuita del _____
in qualità di socio ordinario n. _____ del _____ esentato dal
versamento della quota associativa anni 2016/2017/2018 ai sensi dello Statuto.

Luogo e data _____

**Il Direttore Generale pro tempore
dr. Sergio CANZANELLA**