



Assirem Ets

Associazione Italiana
per la Ricerca e l'Educazione
nella Medicina del Sonno

MODULO DI RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE GRATUITA AD ASSIREM

Nome _____	Cognome _____
Tel _____	Cell _____
E-mail _____	

Nato/a a _____	Il _____
Residente a _____	Cap _____
in Via/Piazza _____	
Occupazione/Interessi _____	

chiede di entrare a far parte di Assirem - Associazione Italiana per la Ricerca e l'Educazione nella Medicina del Sonno in qualità di **Socio ordinario a titolo gratuito**, impegnandosi a rispettare lo Statuto e a condividere e sostenere i valori promossi dall'Associazione in particolare sui temi della sensibilizzazione relativa ai temi del sonno e della prevenzione.

Firma _____ Data _____

L'iscrizione all'Associazione è subordinata al parere del Consiglio direttivo di Assirem.

Assirem informa che i dati personali inseriti nel presente modulo sono trattati nel pieno rispetto della vigente normativa in tema di tutela della privacy e trattamento dei dati personali (GDPR D. lgs 101/2018 che adegua il codice privacy Decreto lgs 30 giugno 2003, n. 196).

La compilazione e la consegna o la trasmissione telematica del presente modulo esprime il consenso alla raccolta e al trattamento dei dati personali, limitatamente ai fini connessi alla gestione del servizio (ulteriori informazioni sono reperibili nella sezione Privacy policy del sito istituzionale Assirem www.assirem.it).

In qualsiasi momento, in qualità di interessato/a, è possibile esercitare il diritto di cui alla succitata legge e richiedere la completa cancellazione dei dati forniti ai nostri archivi, indirizzando una semplice richiesta scritta a info@assirem.it.

Firmando il presente modulo si autorizza contestualmente la ricezione di newsletter associative.

Sarà altresì possibile recedere in qualsiasi momento dall'iscrizione ad Assirem indirizzando una semplice richiesta scritta a info@assirem.it.

Firma _____ Data _____

Assirem Ets

Viale XXI Aprile, 81 – 00162 ROMA

Tel. +39 06.24597296 – e-mail info@assirem.it