



Al Consiglio Direttivo di

**ACCORDO** - Associazione Scientifico - Culturale di Coterapia - A.P.S.

Il/la sottoscritto/a .....

nato/a a .....(\*) il.....(\*)

Residente a .....(\*) Via.....N°.....(\*)

CAP.....Tel/cell.....E-mail

.....

Professione .....

(\*) Campi obbligatori

### CHIEDE DI POTER RINNOVARE LA SUA ADESIONE ASSOCIATIVA

PER L'ANNO 2025

in qualità di

Socio ordinario

Socio Volontario

impegnandosi a versare la quota associativa annuale fissata in euro 25,00

**IBAN: IT36U0306909606100000162735**

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n° 2016/679 si informa che i dati forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività statutaria.

Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata, e ai sensi e per gli effetti dell'Art. 7 e ss del Regolamento UE n° 2016/679, si potranno esercitare i diritti di cancellazione, modifica, opposizione al trattamento stesso. Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n° 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi statutari.

Titolare trattamento dati: **Paola Silvia Parini**

Data \_\_\_/\_\_\_/2025

Firma.....

**N.B.** La validità del Tesseramento è dal 01/01 al 31/12 corrente anno

**ACCORDO** - Associazione Scientifico - Culturale di Coterapia - A.P.S.

Via Ceresa 29 10010 LORANZE' (TO) | P.IVA 10099440017 CF 93035800015

[www.accordo.to.it](http://www.accordo.to.it) | [segreteria@accordo.to.it](mailto:segreteria@accordo.to.it)