ASSOCIAZIONE
AIUTO
GIOVANI
DIABETICI
APS

**Sede Legale:** Via Madonnina, 28 - 21050 CAIRATE
**Sede Amm. tiva:** Reparto Pediatria - Ospedale di Tradate
**Cellulare:** 347 4185902
**Indirizzo e-mail:** agd.va@virgilio.it / agd.va@pec.it
**Codice Fiscale:** 95001380120

**MODULO DI ADESIONE E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto_____

Nato/a a_____Prov_____Il_____

Residente a _____Prov._____

Via/Piazza_____ n°_____CAP_____

Tel. Casa_____ Tel. Cellulare _____

Indirizzo mail_____

Padre/Madre di _____

Nato/a a _____Prov_____Il_____

CODICE FISCALE_____

Chiede di essere ammesso come socio AGD ASSOCIAZIONE AIUTO GIOVANI DIABETICI APS Varese

Tradate, li_____

Firma Genitore 1 _____

Firma Genitore 2 _____

ASSOCIAZIONE
AIUTO
GIOVANI
DIABETICI
APS

**Sede Legale:** Via Madonnina, 28 - 21050 CAIRATE
**Sede Amm. tiva:** Reparto Pediatria - Ospedale di Tradate
**Cellulare:** 347 4185902
**Indirizzo e-mail:** agd.va@virgilio.it / agd.va@pec.it
**Codice Fiscale:** 95001380120

Preso atto di essere stato preventivamente e idoneamente informato, tramite l'informativa disponibile sul sito **www.agdvarese.it**, sulle finalità e modalità di trattamento, cui sono destinati i dati personali, comuni e sensibili, sopra riportati, e sui diritti spettanti all'interessato, ai sensi dell'art. 13 del regolamento EU 679/2016, nonché sulle conseguenze di un eventuale rifiuto, a concedere il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati per il perseguimento degli scopi statutari e per l'espletamento delle finalità istituzionali indicate nell'informativa.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI A NORMA REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016 (GDPR)**

Io sottoscritto/a_____

Nato/a a _____Prov_____Il_____

Residente a _____Prov._____

Via/Piazza_____ n°_____CAP_____

Documento di riconoscimento_____,

Nella qualità di interessato, vista l'informativa pubblicata sul sito **www.agdvarese.it**,

1) Il Titolare del Trattamento registrerà nel Libro Soci (in versione informatica e cartacea) i seguenti dati relativi al minore: **nome, cognome, codice fiscale, data di nascita e residenza e** i seguenti dati relativi ai genitori del socio: **nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo postale, quote associative richieste/saldate.** Il mancato consenso rende impossibile l'iscrizione.

☐ Acconsento al vostro trattamento di questi dati.

2) Riteniamo utile, anche se non indispensabile trattare i seguenti dati relativi al minore: data esordio, medico curante (con telefono), medico diabetologo.

☐ Acconsento al vostro trattamento di questi dati ☐ NON acconsento

3) AGD Varese desidera trattare anche **l'indirizzo e-mail** di uno dei due genitori o di ambedue (e/o del socio se maggiorenne) allo scopo di inviargli comunicazioni sulle attività dell'Associazione. L'indirizzo mail sarà utilizzato per l'invio di una newsletter o per singole comunicazioni. Il mancato consenso rende impossibile l'iscrizione

☐ Acconsento al vostro trattamento del mio/dei nostri indirizzi e-mail.

4) AGD Varese desidera trattare anche il **numero di telefono mobile e/o fisso** di uno dei due genitori o di ambedue (e/o del socio se maggiorenne) sia per contattarlo singolarmente sia allo scopo di inviargli comunicazioni via SMS o Whatsapp sulle attività dell'Associazione.

☐ Acconsento al vostro trattamento del mio/dei nostri numeri di telefono. ☐ NON acconsento

ASSOCIAZIONE
AIUTO
GIOVANI
DIABETICI
APS

**Sede Legale:** Via Madonnina, 28 - 21050 CAIRATE
**Sede Amm. tiva:** Reparto Pediatria - Ospedale di Tradate
**Cellulare:** 347 4185902
**Indirizzo e-mail:** agd.va@virgilio.it / agd.va@pec.it
**Codice Fiscale:** 95001380120

5) Acconsento SI □ NO □ alla comunicazione del mio nome e cognome, della mia immagine o di video che mi riprendono nel sito istituzionale o nei social media dell'Associazione, per soli fini di descrizione e promozione dell'attività istituzionale, nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 e delle autorizzazioni/indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei Dati Personali

6) Acconsento SI □ NO □ alla ripresa di immagini o di video che riprendono mio figlio/a sul sito o su social media dell'Associazione a patto che nessuna indicazione permetta di risalire alla sua identità. per soli fini di descrizione e promozione dell'attività istituzionale, nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 e delle autorizzazioni/indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei Dati Personali

7) AGD Varese deve **tenere copia cartacea** di questi stessi moduli di consenso per un periodo di 10 anni. Il mancato consenso a questo Trattamento rende impossibile l'iscrizione.

□ Acconsento al vostro trattamento dei moduli di consenso.

**Desideriamo inoltre ricordarLe che:**

- ora e in qualsiasi momento può consultare o richiedere presso la nostra sede le Informative relative ai vari Trattamenti dati
- i dati trattati non saranno condivisi con nessun'altra persona fisica o giuridica né soggetti a elaborazioni o trattamenti ulteriori.
- ci riserviamo di utilizzare il suo indirizzo di casa o mail o numero di telefono solo in modo molto moderato.
- in qualsiasi momento Lei può chiederci di sapere di quali suoi dati personali siamo in possesso, modificarli, cancellarli in tutto o in parte. Eseguiremo immediatamente le Sue istruzioni.

Titolare dei Trattamenti è Associazione Aiuto Giovani Diabetici APS

**Sede Legale:** Via Madonnina, 28-21050 CAIRATE

**Sede Amm.tiva:** Reparto Pediatria - Ospedale di Tradate, tel: 3474185902 mail: agd.va@virgilio.it.

Qualunque motivo di insoddisfazione potrà essere da Lei riportato alla Autorità Garante per la protezione dei dati personali, piazza Venezia, 11 - 00187 Roma, tel.: 06.696771, e-mail: garante@gpdp.it.

Tradate, li_____

Firma Genitore 1 _____

Firma Genitore 2 _____