



MEDICINA OLISTICA

# Domanda di ammissione all'Aps "La Medicina Olistica Nazionale"

Spett.le Consiglio Direttivo dell'APS  
**La Medicina Olistica Nazionale**  
Piazza Giorgio La Pira 24, Lissone (MB) 20851

## OGGETTO: RICHIESTA DI ADESIONE ALL' ASSOCIAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente in Via/Corso/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Se operatore sanitario, indicare la qualifica \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## CHIEDE

a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'Associazione APS "La Medicina Olistica Nazionale", condividendone le finalità. Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e gli eventuali regolamenti e deliberazioni degli organi associativi.

A tale scopo, dichiara di conoscere e accettare lo statuto associativo e si impegna al versamento della quota associativa annuale, come socio ordinario.

### Individuo come sistema di comunicazione:

Lettera semplice presso la mia residenza       Lettera semplice presso mio domicilio       E-mail

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e successive modifiche (GDPR) consento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_