



Varese Alzheimer

## MODULO DI ISCRIZIONE AL CIRCOLO DELLA MEMORIA

Il/la sottoscritto/a,

( ) in qualità di Persona direttamente interessata,

( ) di familiare,

( ) di care-giver

CHIEDE CHE IL SIG/SIG.RA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente in Via/ P.zza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Tel. cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

venga ammesso/a in quanto socio di VARESE ALZHEIMER a partecipare alle attività del CIRCOLO della MEMORIA, con sede a  Varese

Sesto Calende

In relazione alla presente domanda di iscrizione all'Associazione ed in ottemperanza agli obblighi previsti dalla legge sulla tutela dei dati personali (Dlgs 196/2003) sottoscrivo in calce il mio consenso al trattamento dei dati personali.

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