



## Formula di acquisizione del consenso per il trattamento di dati personali e sensibili

Luogo ..... Data .....

Cognome ..... Nome .....

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà sia i dati personali che i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lg. 196/2003:

- presta il suo consenso al trattamento dei dati personali necessari al perseguimento dei fini indicati nella suddetta informativa ed in particolare: ricerche scientifiche e epidemiologiche relative la patologia; ricerche psico-sociali relative l'inserimento sociale; favorire una circolarità di informazioni relative la patologia?

Presto il consenso  Nego il consenso

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa ed in particolare la comunicazione dei dati potrà essere unicamente finalizzata ad attività di ricerca scientifica, epidemiologica, sociale, clinica e psicologica ed utilizzati per migliorare l'efficacia delle comunicazioni associate alle attività dell'A.C.A.R., senza che altri ne abbiano mai l'accesso diretto?

Presto il consenso  Nego il consenso

- presta il suo consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari al perseguimento dei fini indicati nella suddetta informativa ed in particolare : ricerche scientifiche e epidemiologiche relative la patologia; ricerche psico-sociali relative l'inserimento sociale; favorire una circolarità di informazioni relative la patologia?

Presto il consenso  Nego il consenso

- presta il suo consenso per la comunicazione dei dati sensibili per le finalità ed ai soggetti indicati nella suddetta informativa ed in particolare la comunicazione dei dati potrà essere unicamente finalizzata ad attività di ricerca scientifica, epidemiologica, sociale, clinica e psicologica ed utilizzati per migliorare l'efficacia delle comunicazioni associate alle attività dell'A.C.A.R., senza che altri ne abbiano mai l'accesso diretto?

Presto il consenso  Nego il consenso

FIRMA SOCIO .....

FIRMA PADRE .....

(per figli minorenni)

FIRMA MADRE .....

(per figli minorenni)

**A.C.A.R. onlus**

**ASSOCIAZIONE CONTO ALLA ROVESCIA**

per la diffusione dell'informazione e la ricerca sulla malattia esostosante e sulla sindrome di Ollier/Maffucci

Sede legale: Piazza Pietro Merolli 2, Pal B - 00151 ROMA

C.F. 97410860585



Cari amici, l'essere ONLUS ci impone un'adesione scritta da parte dei Soci, quindi preghiamo di compilare e restituirci firmato questo modulo, il prima possibile. Grazie

### **RICHIESTA di AMMISSIONE COME SOCIO all'A.C.A.R.**

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'A.C.A.R.- ONLUS - ASSOCIAZIONE CONTO ALLA ROVESCIA per la diffusione dell'informazione e per la ricerca sulla malattia esostosante e sulla sindrome di Ollier/Maffucci

Il sottoscritto ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... CAP ..... Via .....  
codice fiscale ..... professione .....  
tel./fax/e-mail .....

preso atto dello Statuto dell'Associazione (disponibile anche su sito internet [www.acar2006.org](http://www.acar2006.org)), condividendo gli scopi istituzionali individuati all'art.2 del medesimo, **CHIEDE DI ESSERE AMMESSO COME SOCIO**, impegnandosi ad osservare lo Statuto ed i regolamenti vigenti nonché le norme di legge statali e regionali da essi richiamati.

In fede,

.....  
FIRMA

### **PER I GENITORI** (in caso di figlio minore)

Cari amici, l'essere ONLUS ci impone un'adesione scritta da parte dei Soci, quindi preghiamo di compilare e restituirci questo modulo firmato, possibilmente da entrambi i genitori , al più presto. Grazie

### **RICHIESTA di AMMISSIONE COME SOCIO all'A.C.A.R..**

AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL' A.C.A.R.- ONLUS - ASSOCIAZIONE CONTO ALLA ROVESCIA per la diffusione dell'informazione e per la ricerca sulla malattia esostosante e sulla sindrome di Ollier/Maffucci

**Il sottoscritto** ..... nato a ..... il .....  
residente in ..... CAP ..... Via .....  
codice fiscale ..... professione .....  
tel./fax/e-mail .....

e/o

**La sottoscritta** ..... nata a ..... il .....  
residente in ..... CAP ..... Via .....  
codice fiscale ..... professione .....  
tel./fax/e-mail .....

preso atto dello Statuto dell'Associazione (disponibile anche su sito internet [www.acar2006.org](http://www.acar2006.org)), condividendo gli scopi istituzionali individuati all'art.2 del medesimo, **CHIEDE/CHIEDONO DI ESSERE AMMESSO/I COME SOCIO/I**, impegnandosi ad osservare lo Statuto ed i regolamenti vigenti nonché le norme di legge statali e regionali da essi richiamati.

### **CHIEDE/CHIEDONO INOLTRE CHE IL PROPRIO FIGLIO**

Nome e Cognome.....  
Nato a ..... il .....  
**SIA AMMESSO COME SOCIO.**

In fede,

.....  
FIRMA MADRE

.....  
FIRMA PADRE

**A.C.A.R. onlus**

**ASSOCIAZIONE CONTO ALLA ROVESCIA**

**per la diffusione dell'informazione e la ricerca sulla malattia esostosante e sulla sindrome di Ollier/Maffucci**

Sede legale: Piazza Pietro Merolli 2, Pal B – 00151 ROMA

C.F. 97410860585