



**ASSOCIAZIONE VOLONTARI TRASPORTO INFERMI
MADONNA DI CAMPIGLIO ODV**
Viale Dolomiti di Brenta, 158
38086 Madonna di Campiglio –TN-



**INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO
DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO**
(ex art. 13 GDPR 2016/679)

TRATTAMENTO: AS01 - Soci e attività istituzionali

Gentile Interessato,
di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **Associazione Volontari Trasporto Infermi, - Viale Dolomiti di Brenta, 158 - 38086 Madonna di Campiglio TN, IT**

responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Attività di volontariato	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Convinzioni religiose; adesione ad organizzazioni a carattere religioso; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati relativi alla famiglia o a situazioni personali; Immagini; Indirizzo e-mail; Provincia di residenza; Sesso m/f	L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Stato membro (Codice Civile)

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari:

Soci associati ed iscritti (Gestione del corpo sociale e delle attività degli organi istituzionali dell'Associazione)

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: Trattamento con durata prestabilita pari a 10 Anni
- Data di inizio del trattamento: _____
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali

Madonna di Campiglio, _____

Firma del Titolare del Trattamento

Associazione Volontari Trasporto Infermi



**ASSOCIAZIONE VOLONTARI TRASPORTO INFERMI
MADONNA DI CAMPIGLIO ODV**
Viale Dolomiti di Brenta, 158
38086 Madonna di Campiglio –TN-



DICHIARAZIONE DI CONSENSO - SOCI

Il sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ Codice Fiscale _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Associazione Volontari Trasporto Infermi secondo le finalità riportate di seguito:

Attività di volontariato

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Convinzioni religiose; adesione ad organizzazioni a carattere religioso (Dati sensibili)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche. Apposizione della firma per il consenso sul form di iscrizione

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Attività di volontariato

CONSENSO

NON CONSENSO

Località e Data _____ Firma _____

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:
In caso di mancato consenso si determina il diniego all'iscrizione*

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla finalità di marketing, prendo atto che i mezzi utilizzati saranno i seguenti:

CONSENSO

NON CONSENSO

Località e Data _____ Firma _____



**ASSOCIAZIONE VOLONTARI TRASPORTO INFERMI
MADONNA DI CAMPIGLIO ODV**

Viale Dolomiti di Brenta, 158 – 38086 Madonna di Campiglio–TN-
Mail: info@ambulanzacampiglio.it Telefono 340-2811895



TESSERAMENTO 2024 SOCIO CONTRIBUENTE ANNUALE

Gentile socio sostenitore, come ogni anno è arrivato il momento di rinnovare il tesseramento della nostra associazione. Con il tesseramento avrà la possibilità di usufruire delle ambulanze dell'Associazione per trasporti sanitari quando Le possa servire ed ovunque Le sia necessario. (l'unico rimborso che Le chiederemo sarà l'effettiva spesa di carburante consumato).

Ti preghiamo di compilare attentamente le informazioni sotto riportate, **il tesseramento è individuale**, e pertanto qualora anche dei tuoi familiari fossero interessati al tesseramento sarà necessario compilare la scheda nella seconda parte. **Il modulo va restituito all'Associazione firmato (anche sul retro).**

I CONTI CORRENTI PER EFETTUARE IL VERSAMENTO DELLA QUOTA:

LA CASSA RURALE

IT 88 Y 08078 05625 000074008461

UNICREDIT

IT 84 V 02008 35261 000015445503

TESSERAMENTO INDIVIDUALE:

Il sottoscritto

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A _____ IL: ____/____/____

CODICE FISCALE: _____ RESIDENTE A: _____

PROV. _____ VIA: _____ N° CIVICO: _____

e-mail _____@_____. _____

QUOTA € 30,00

FIRMA _____



Iscrizione Online

TESSERAMENTO FAMIGLIA (la quota comprende i coniugi e tutti gli eventuali figli di età inferiore a 18 anni)

- INDICARE SOLO I DATI DEI CONIUGI -

I sottoscritti:

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A _____ IL: ____/____/____

CODICE FISCALE: _____ RESIDENTE A: _____

PROV. _____ VIA: _____ N° CIVICO: _____

e-mail _____@_____. _____

FIRMA _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A _____ IL: ____/____/____

CODICE FISCALE: _____ RESIDENTE A: _____

PROV. _____ VIA: _____ N° CIVICO: _____

e-mail _____@_____. _____

QUOTA € 60,00

FIRMA _____



Iscrizione Online

- Chiede / chiedono di essere ammesso/i quale/i socio/i contribuente/i annuale/i dell'Associazione;
- Dichiaro / dichiarano di aver preso visione e di accettare integralmente quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento dell'Associazione e di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli organi associativi;

ATTENZIONE, CONTINUA SUL RETRO



