



## Associazione Diabetici della Provincia di Milano ODV

C/o Ospedale dei Bambini V. Buzzi, ASST Fatebenefratelli/Sacco, Via Castelvetro 32 - 20154 Milano  
Cell 335352612 Email: [associazioneadpmi@pec.it](mailto:associazioneadpmi@pec.it); [info@adpmi.org](mailto:info@adpmi.org) Sito: [www.adpmi.org](http://www.adpmi.org)  
C/C Bancario: IBAN: IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101 Codice Fiscale 06500540155

**RICHIESTA ISCRIZIONE ANNO** \_\_\_\_\_

**TESSERA N°** \_\_\_\_\_ **ID** \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

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

Provincia \_\_\_\_\_

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

Telefono/Cell : \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

### QUOTA VERSATA

30€ Socio Ordinario;  50€ Socio Sostenitore;  Altro oltre 50€ € \_\_\_\_\_

pagamento tramite:  Conto Corrente Postale;  Bonifico Bancario;  Contanti

In data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI AVER VISIONATO e DI ACCETTARE LO STATUTO ADPMI odv riportato sul sito internet <http://www.adpmi.org>**

### **DICHIARA L'AUTORIZZAZIONE/CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PRIVACY**

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e art. 13 del Regolamento UE 679/2016, pubblicata anche sul sito internet <http://www.adpmi.org> e consapevole che:

1. Il trattamento riguarda, in particolare, i dati personali e sensibili;
2. Il consenso, una volta manifestato, potrà essere modificato o revocato, in qualsiasi momento, in tutto o in parte;
3. Potrò decidere di oscurare, in qualsiasi momento, singoli potenziali documenti relativi ad episodi di diagnosi o cura da me forniti; dichiaro di aver compreso il contenuto dell'informativa e presto liberamente e in modo consapevole il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di ADPMI, titolare del trattamento, come di seguito espresso.

**Per l'inserimento nella mailing list è indispensabile prestare il consenso barrando entrambi i riquadri seguenti:**

- presta il proprio consenso esplicito, libero, informato e inequivocabile al trattamento dei suoi dati personali, anche di categorie particolari e relativi alla salute, da parte del titolare del trattamento, secondo le indicazioni fornite nell'informativa
- presta il suo consenso per l'invio di comunicazioni relative all'organizzazione di iniziative di formazione ed eventuali azioni di sostegno finalizzate al miglioramento della qualità della cura e della gestione del diabete ed alla ricerca scientifica;

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_



## Associazione Diabetici della Provincia di Milano ODV

C/o Ospedale dei Bambini V. Buzzi, ASST Fatebenefratelli/Sacco, Via Castelvetro 32 - 20154 Milano  
Cell 335352612 Email: [associazioneadpmi@pec.it](mailto:associazioneadpmi@pec.it); [info@adpmi.org](mailto:info@adpmi.org) Sito: [www.adpmi.org](http://www.adpmi.org)  
C/C Bancario: IBAN: IT 04 V 050 340 172 800 000 001 1101 Codice Fiscale 06500540155

Numero Tessera \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

Centro Diabetologico di riferimento \_\_\_\_\_ Dott: \_\_\_\_\_

Diabetico dal \_\_\_\_\_

**BARRARE CON UNA X IL**

### Terapia:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dieta                             | <input type="checkbox"/> Ipoglicemizzanti          |
| <input type="checkbox"/> Mista insulina + ipoglicemizzanti | <input type="checkbox"/> Insulinica multiiniezione |
| <input type="checkbox"/> Microinfusore Tipo _____          |  |
| <input type="checkbox"/> Sensore Tipo _____                |  |
| <br>   |  |
| <input type="checkbox"/> Non Diabetico                     |  |
| <input type="checkbox"/> Familiare                         |  |
| <input type="checkbox"/> Genitore di minore con diabete    |  |
| <input type="checkbox"/> Altro.....                        |  |

AUTORIZZAZIONE PRIVACY FIRMATA A Pag. 1

Da inviare a: [info@adpmi.org](mailto:info@adpmi.org)