



via Pilastroni, 4 25125 Brescia
Tel.: 0303501577
cod. fis.: 98029990177

Modulo di iscrizione all'Associazione

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ il _____
residente in _____
telefono _____ e-mail _____

a) **consegna** Euro in per l'iscrizione all'Associazione
Alleanza per la Salute Mentale

Data _____

(firma)

b) **dichiara** di essere stato preventivamente informato di quanto previsto dall'articolo 10 e dall'articolo 13 della Legge L.675/96, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, e consente la Alleanza per la Salute Mentale al trattamento dei dati personali sopra indicati nonché la loro comunicazione a terzi secondo la sopraccitata Legge.

Data _____

(firma)