



**ASSOCIAZIONE DIPENDENTI
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ APS**

Via del Castro Laurenziano n. 25
00161 Roma

MODULO ISCRIZIONE PENSIONATI ED ESTERNI

TESSERA N°

IL SOTTOSCRITTO/A

NATO/A A

IL

TELEFONO INTERNO

CELL

EMAIL

CHIEDE

al Direttivo dell' **Associazione Dipendenti Istituto Superiore di Sanità APS** - l'iscrizione in qualità di socio. Dichiara di accettare lo Statuto e la quota annua di € 30,00.

Ai sensi e per gli effetti della legge n° 196/2003 e successive modificazioni, il sottoscritto autorizza l' **Associazione Dipendenti Istituto Superiore di Sanità APS** al trattamento dei dati relativi alla presente delega solo ai fini previsti dalla normativa di legge e per il perseguimento degli scopi statutari.

Autorizza in forma gratuita l'utilizzo di foto e/o video, riprese durante le attività e gli eventi organizzati dall' **Associazione Dipendenti Istituto Superiore di Sanità APS** nelle quali venga ritratto o filmato per finalità ludiche dell'Associazione stessa.

Data

Firma