



Confraternita di Misericordia di Pontassieve

Costituita nel 1836

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SIG./RA _____

NATO/A A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

CAP _____ VIA _____ N° _____ CELL. _____

TEL. FISSO _____ INDIRIZZO MAIL _____

DICHIARA DI RICONOSCERSI NELLE FINALITÀ DELLA CONFRATERNITA DI MISERICORDIA DI PONTASSIEVE E DI VOLERNE DIVENTARE "AMICO" UNITAMENTE AI PROPRI FAMILIARI CONVIVENTI SOTTO COMPIUTAMENTE IDENTIFICATI. A TAL FINE ESPRESSAMENTE DICHIARA DI AVERLI INFORMATI DELLA PRESENTE RICHIESTA E CHE GLI STESSI HANNO PRESTATO IL LORO CONSENSO, DICHIARANDOSI ALTRESÌ DISPOSTO AL VERSAMENTO DELLA SOMMA ANNUA DELIBERATA DAL MAGISTRATO DELL'ENTE.

MODALITÀ PAGAMENTO: RICEVUTA BOLLETTINO

€. 10,00.= Nuclei di 1 persona €. 20,00.= Nuclei di 2 persone €. 25,00.= Nuclei di 3 e più persone

<u>COGNOME E NOME</u>	<u>LUOGO NASCITA</u>	<u>DATA NASCITA</u>

Gli Amici della Confraternita di Misericordia di Pontassieve hanno diritto alla sola fruizione di agevolazioni deliberate dal Magistrato. In nessun caso l'Amico della Confraternita di Misericordia di Pontassieve assume lo stato di socio e/o di associato.

Agli Amici della Confraternita di Misericordia di Pontassieve sono riconosciute specifiche agevolazioni sui costi dei servizi resi dall'Associazione e/o da terzi nei termini stabiliti dalla Confraternita stessa.

Io sottoscritto _____ consapevole delle responsabilità giuridiche per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiaro di aver informato il mio nucleo familiare convivente della presente richiesta e che gli stessi hanno prestato il loro consenso anche alla comunicazione dei loro dati personali.

Data _____

Firma _____

Amministrazione
055-836.80.83

Servizi Sanitari
055-836.82.22

Servizi funebri
055-836.80.83

Cimitero sociale
055-836.71.77

Fax
055-836.71.38

Studi Medici
055-836.89.88

Punto Prelievi
055-831.68.68

PART.IVA 00601710486 - CVC POSTALE N. 12102505

www.misericordiapontassieve.org e-mail: info@misericordiapontassieve.org



Confraternita di Misericordia di Pontassieve

Costituita nel 1836

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

TITOLARE E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

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 Confraternita di Misericordia di Pontassieve secondo le finalità riportate di seguito:

Registrazione dei donatori

FINALITÀ BASATE SUL CONSENSO

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

Finalità: Registrazione dei donatori

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

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data _____

Firma _____

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:
Il sostenitore non può essere iscritto nel relativo elenco*

Località e data: _____

Firma dell'interessato

Amministrazione
055-836.80.83

Servizi Sanitari
055-836.82.22

Servizi funebri
055-836.80.83

Cimitero sociale
055-836.71.77

Fax
055-836.71.38

Studi Medici
055-836.89.88

Punto Prelievi
055-831.68.68

PART.IVA 00601710486 - CVC POSTALE N. 12102505

www.misericordiapontassieve.org e-mail: info@misericordiapontassieve.org