

MODULO COPERTURA ASSICURATIVA

(da rendere, compilata e firmata, a mano o via mail a info@camminanti.it)

Il/La sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

C.F. _____

Per conto proprio / quale esercente la potestà genitoriale sul minore

Nome e Cognome _____

C.F. _____

in qualità di socio/a dell'Associazione Dèi Camminanti, TESSERA N. _____

CONFERMA

la sua iscrizione corrente all'Associazione Dèi Camminanti con l'attivazione della polizza infortuni C.A.E.S.

Informativa privacy - Ai sensi DEL REGOLAMENTO UE N. 679/2016 l'associazione Dèi Camminanti utilizzerà le informazioni fornite in questo modulo per:

- l'invio della nostra newsletter
- Tenuta del libro soci;
- Adempimenti obbligatori per legge;
- Attività funzionali all'adesione alle iniziative ed erogazione di servizi sociali richiesti;
- Programmazione e pubblicazione delle attività associative e comunicazioni sociali (feste, iniziative e cene sociali) in particolare invio della newsletter di contenuto informativo/promozionale;
- Gestione dei contenziosi.

I tuoi dati saranno comunque trattati esclusivamente da Associazione Dèi Camminanti e non saranno ceduti ad altri soggetti salvo consenso esplicito di volta in volta richiesto.

I dati personali non saranno utilizzati per finalità diverse e ulteriori rispetto a quelle descritte nella informativa completa, se non informando preventivamente il cliente e, ove necessario, ottenendone il consenso.

Titolare e luogo del trattamento: Associazione Dèi Camminanti (di seguito "Associazione") con sede in Via Lante 60 Vicopisano (PI).
info@camminanti.it

Luogo e data

In fede
