



Associazione Ligure Allergici

## Scheda di iscrizione minori

I sottoscritti

**Genitore 1** nome e cognome .....

Luogo di nascita ..... data di nascita .....

codice fiscale ..... cittadinanza .....

indirizzo di residenza ..... Prov .....

tel./cell ..... email .....

**Genitore 2** nome e cognome .....

Luogo di nascita ..... data di nascita .....

codice fiscale ..... cittadinanza .....

indirizzo di residenza ..... Prov .....

tel./cell ..... email .....

- chiedono l'iscrizione all'Associazione Ligure Allergici del minore sottoindicato

Nome ..... Cognome .....

Luogo di nascita ..... , Data.....

Sesso ..... Cittadinanza ..... Codice Fiscale .....

Indirizzo ..... Comune..... C.A.P. ....

ed inoltre:

- dichiarano di accettare senza riserve lo Statuto dell'Associazione,
- prendono atto che l'adesione all'associazione sarà valida fino ad espressa richiesta scritta di cancellazione,
- forniscono il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 e 14 REG. UE 2016/679

Luogo e data .....

Firma **Genitore 1** .....

Firma **Genitore 2**.....

**ALA – ASSOCIAZIONE LIGURE ALLERGICI**

Ospedale Policlinico San Martino - U.O. Allergologia - Largo R. Benzi, 10 – 16132 GENOVA

Telefono 348 64 35 495 – Fax 0102476598

Codice Fiscale: 95085890101

Sito internet: [www.associazioneligureallergici.it](http://www.associazioneligureallergici.it) E-mail: [info@associazioneligureallergici.it](mailto:info@associazioneligureallergici.it)

## INFORMATIVA EX ART. 13 GDPR 679/2106 PER SOCI E CONSENSO AL TRATTAMENTO

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti ed acquisiti dall'associazione ALA Associazione Ligure Allergici saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa prevista dal premesso Regolamento nel rispetto dei diritti ed obblighi conseguenti e che:

- a) **FINALITÀ DEL TRATTAMENTO** - Il trattamento è finalizzato unicamente al perseguimento degli scopi dell'associazione e statutari.
- b) **MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** - Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. Il trattamento è svolto dal titolare e dagli incaricati espressamente autorizzati dal titolare.
- c) **CONFERIMENTO DEI DATI E RIFIUTO** - Il conferimento dei dati personali comuni e sensibili è necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto a) e il rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di adempiere all'attività di cui al punto a).
- d) **COMUNICAZIONE DEI DATI** - I dati personali possono venire a conoscenza esclusivamente dagli incaricati del trattamento, e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto a) a collaboratori esterni, altre associazioni o Enti per finalità statistiche o di ricerca e in generale a tutti i soggetti ai quali la comunicazione è necessaria per il corretto espletamento delle finalità di cui al punto a). I dati personali non sono soggetti a diffusione.
- e) **CONSERVAZIONE DEI DATI** - *I dati saranno utilizzati dall'Associazione fino alla cessazione del rapporto associativo.* Dopo tale data i dati sono conservati per il periodo necessario all'espletamento dell'attività associativa e per il tempo richiesto dalle finalità per le quali sono stati raccolti.
- f) **TITOLARE DEL TRATTAMENTO** - Il titolare del trattamento è l'Associazione ALA sita c/o Ospedale Policlinico San Martino - Largo R. Benzi, 10 - 16132 Genova - C.F. 95085890101.
- g) **DIRITTI DELL'INTERESSATO** - L'interessato ha diritto:  
- all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati;  
- a ottenere senza impedimenti dal titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento;  
- a revocare il consenso al trattamento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento basata sul consenso acquisito prima della revoca. La revoca del consenso produce la cancellazione dall'Associazione  
- proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali.  
L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo PEC all'indirizzo [associazioneligureallergici@pec.it](mailto:associazioneligureallergici@pec.it) o lettera raccomandata a/r all'indirizzo: Associazione Ligure Allergici c/o Ospedale Policlinico San Martino – Pad. 13 UO Allergologia - Largo R. Benzi, 10 - 16132 Genova.
- h) **MODIFICHE E AGGIORNAMENTI DELL'INFORMATIVA**  
Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, l'Associazione potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento le sarà comunicato in conformità della normativa vigente anche a mezzo pubblicazione sul sito Internet dell'Associazione [www.associazioneligureallergici.it](http://www.associazioneligureallergici.it).

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti

**Genitore 1** nome e cognome .....

**Genitore 2** nome e cognome .....

dichiarano di aver ricevuto l'informativa che precede.

Essendo stati informati:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- della misura e modalità con le quali il trattamento avviene
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali
- del diritto alla revoca del consenso

Così come indicato dalle lettere a, b, c, d, e, f, g, h dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 con la sottoscrizione del presente modulo

### ACCONSENTONO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa che precede.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data .....

Firma **Genitore 1** .....

Firma **Genitore 2** .....

**ALA – ASSOCIAZIONE LIGURE ALLERGICI**  
Ospedale Policlinico San Martino - U.O. Allergologia - Largo R. Benzi, 10 – 16132 GENOVA  
Telefono 348 64 35 495 – Fax 0102476598      Codice Fiscale: 95085890101  
Sito internet: [www.associazioneligureallergici.it](http://www.associazioneligureallergici.it) E-mail: [info@associazioneligureallergici.it](mailto:info@associazioneligureallergici.it)