

MODULO DI ADESIONE AD A.L.I.CE BOLOGNA
Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

Il sottoscritto

Nato a il

COD. FISC.

Residente in

P.za/C.so/Via..... N°

CAP

Tel. Cell.

E-mail

Professione

Chiede di aderire gratuitamente come paziente ad A.L.I.CE BOLOGNA.

A tal fine dichiara di aver preso visione dello statuto e di accettarlo, dà
l'autorizzazione al trattamento dei suoi dati personali ai sensi del Decreto Legislativo
30 giugno 2003 n. 196.

Bologna,

Firma del socio