



Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale
Istituzione Gianfranco Minguzzi, Città Metropolitana di Bologna
Via San Felice, 25 - 40122 Bologna
collegionazionale.dsm@gmail.com
Telefono: +39 334 641 6876

ALL'APS "COLLEGIO NAZIONALE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE"

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____

Nata/o a: _____ Prov. ____ In data: _____

Professione: _____

Indirizzo di residenza domicilio

Via/Piazza: _____ n° _____

Comune: _____ Prov. _____ CAP: _____

Codice Fiscale: _____

E-mail: _____ Telefono: _____

Preso visione del documento programmatico della Associazione e condividendone gli scopi ed i contenuti, aderisce al Progetto associativo e che di poter iscriversi in qualità di socio alla Associazione "Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale" a.p.s.

Data e luogo: _____

(firma del richiedente)

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

L'associazione di promozione sociale **Collegio Nazionale dei Dipartimenti di Salute Mentale** nella qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) 2016/679 cioè GDPR, con la presente La informa che la citata normativa prevede la tutela degli interessati rispetto al trattamento dei dati personali e che tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

I Suoi dati personali verranno trattati in accordo alle disposizioni legislative della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza ivi previsti.