

**Associazione Nazionale**  
**“Gli Amici per la Pelle” ANAP Onlus**  
**A sostegno dei malati di: Psoriasi, Vitiligine ed altre patologie cutanee croniche**



**CONSENSO EX ART. 10 L. 675/96**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della

L. 675/96, dichiaro di essere stato informato dall'Associazione **ANAP Onlus** alla quale ho chiesto di associarmi, che i miei dati personali indicati nella domanda di iscrizione negli appositi registri, saranno trattati da codesta Associazione e dalla FEDIPSO cui la medesima è federata. Dichiaro di aver ricevuto l'informativa e di essere stato anche informato:

- a) delle finalità e delle modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali
- b) della natura facoltativa del conferimento e delle conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere
- c) dei soggetti ai quali tali dati possono essere comunicati e l'ambito di diffusione dei dati medesimi in linea con le finalità indicate nell'art. dello statuto dell'ANAP Onlus
- d) dei diritti di cui all'art. 13 della legge citata (diritto di recesso, diritto di informazione, diritto di opposizione)
- e) della denominazione di titolare e del responsabile

Presto fin d'ora liberamente il mio consenso alla comunicazione e diffusione dei miei dati personali, da effettuarsi nei modi e per gli scopi sopraindicati dai rappresentanti dell'ANAP Onlus e della FEDIPSO.

Presto altresì il mio consenso alla pubblicazione sul Notiziario, sul sito internet e su eventuali pubblicazioni di ANAP Onlus e FEDIPSO delle immagini relative alla mia persona e ad eventuali miei accompagnatori e famigliari.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto copia della presente dichiarazione

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_