

Presidente: Isabella Rosa Palazzo  
Cell: +39 3895066746  
email: [tutelapazienticannabismedica@gmail.com](mailto:tutelapazienticannabismedica@gmail.com)  
pec: [tutela.pazienticannabismedica@legalmail.it](mailto:tutela.pazienticannabismedica@legalmail.it)



TUTELA PAZIENTI  
**CANNABIS  
MEDICA**

MODULO DI RICHIESTA ADESIONE ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE “TUTELA  
PAZIENTI CANNABIS MEDICA”

Al Consiglio Direttivo dell’Associazione di Promozione Sociale  
“APS TUTELA PAZIENTI CANNABIS MEDICA”,

Rinviare il modulo compilato a: [tutelapazienticannabismedica@gmail.com](mailto:tutelapazienticannabismedica@gmail.com)

DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_

Contatti/email \_\_\_\_\_

Patologia/e \_\_\_\_\_

- Dichiaro di voler partecipare alla vita associativa;
- Di accettare senza riserve lo statuto, le finalità e il metodo dell’Associazione.

A tal fine trasmette:

Ricevuta del pagamento della quota associativa pari a € 10,00;o

Presidente: Isabella Rosa Palazzo

Cell: +39 3895066746

email: [tutelapazienticannabismedica@gmail.com](mailto:tutelapazienticannabismedica@gmail.com)

pec: [tutela.pazienticannabismedica@legalmail.it](mailto:tutela.pazienticannabismedica@legalmail.it)

Ricevuta del pagamento di donazione in favore dell'Associazione pari a € \_\_\_\_\_

Da versare al conto intestato a APS TUTELA PAZIENTI CANNABIS MEDICA ( banco BPM)

IBAN: IT78X0503416000000000002958

Tipo di adesione:

Paziente

Sostenitore/ricer

Professionista della salute

Esperto/a di cannabis

Luogo e data

Firma

N.B. La quota associativa ammonta ad € 10,00, la stessa ha durata annuale.

#### TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritta, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del

D. Lgs.196/2003:

Nota: rinnegare le prime due scelte non permette di partecipare.

- Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa;

Si

No

- Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa;

Si

No

- Presta il suo consenso per la diffusione dei dati personali per le finalità e nell'ambito indicati nell'informativa;

Si

No

Luogo e data

Firma