



ASPeF

Il cuore della città

Azienda Servizi alla Persona e alla Famiglia

P.le Michelangelo n. 1 – 46100 Mantova

C.F. e P.IVA 01837820206 – Tel 0376357811

sito www.aspefmantova.it – mail aspef@aspefmantova.it - PEC aspef@arubapec.it

MODULO DI ISCRIZIONE CORSO A.F.A.

Io sottoscritto/a:

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A: _____ LUOGO DI NASCITA: _____

PROVINCIA: _____ CITTADINANZA: _____

SESSO (F/M) _____ CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN: _____ PROVINCIA: _____

CAP: _____ N. TELEFONO: _____

N. TELEFONO PERSONA DI RIFERIMENTO: _____

NOMINATIVO MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MEDICO DI BASE): _____

prendendo atto di quanto contenuto nel Regolamento, chiedo l'iscrizione ai corsi A.F.A. presso A.S.P.eF. alle seguenti modalità:

☐ 1 accesso alla settimana per € 30,00/mese

☐ 2 accessi alla settimana per € 60,00/mese

Firma per l'iscrizione:

Data:

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali relativa ai corsi A.F.A., resa da A.S.P.eF. ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679 e consultabile al link sotto riportato o inquadrando il QR Code:

<https://software.normaprivacy.it/storage/documentis/206/altri/4532/altri.pdf>



I dati relativi allo stato di salute contenuti nella prescrizione medica richiesta per l'iscrizione (categoria particolare di dati ai sensi dell'art. 9 del GDPR) sono trattati esclusivamente previo consenso libero, specifico e informato, per la sola finalità di verifica dell'idoneità alla partecipazione ai corsi:

☐ Presto il consenso

☐ Nego il consenso

(in assenza di consenso non sarà possibile procedere all'iscrizione, non essendo altrimenti verificabile l'idoneità alla partecipazione).

Firma per presa visione dell'informativa e per il consenso al trattamento dei dati relativi allo stato di salute:

ALLEGARE AL PRESENTE MODULO LA PRESCRIZIONE REDATTA DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MEDICO DI BASE) O DA UNO SPECIALISTA (FISIATRA, CARDIOLOGO, GERIATRA).