



Sede legale :
Via Zorzi 7,
37138 – VERONA
Codice Fiscale : 93173710232

AL PRESIDENTE SMILE MISSION Onlus

IO SOTTOSCRITTA/O
NATA/O a IL :

DOMICILIO FISCALE :

INDIRIZZO :
CAP e LOCALITA' :
TELEFONO : **FAX** : **EMAIL** :

ABITAZIONE:

INDIRIZZO :
CAP e LOCALITA' :
TELEFONO : **FAX** : **EMAIL** :

STUDIO/LABORATORIO :

INDIRIZZO :
CAP e LOCALITA' :
TELEFONO : **FAX** : **EMAIL** :

PROFESSIONE :

Medico Chirurgo Odontoiatra Odontotecnico

Altra professione (specificare) :

Albo di iscrizione (per Medici e Dentisti) : Numero : e Provincia :

Anno di inizio dell'attività professionale : – Cellulare :

CHIEDO DI ESSERE AMMESSO QUALE ADERENTE VOLONTARIO dell'ASSOCIAZIONE SMILE MISSION ONLUS

Dichiaro altresì di aver preso visione dello Statuto e di accettarlo integralmente e di impegnarmi nell'adempimento ai doveri in esso previsti per la figura dell'Aderente Volontario.

Ai sensi e per gli effetti della legge nr. 675/1996 e successive modifiche del 10.03.1997 b "Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", inviando questa scheda autorizzo ad inserire nella banca dati dell'Associazione Smile Mission Onlus le informazioni che mi riguardano; autorizzo inoltre all'inserimento del mio nominativo nel sito internet dell'Associazione Smile Mission Onlus – www.smilemission.it, alla comunicazione dei miei recapiti postali, telefonici ed e-mail agli altri associati, aderenti e simpatizzanti dell'Associazione Smile Mission Onlus, all'utilizzo di tali recapiti per le comunicazioni sociali comprese quelle di convocazione del Consiglio Direttivo e dell'Assemblea Ordinaria e Straordinaria; autorizzo inoltre l'Associazione Smile Mission Onlus alla detenzione ed all'utilizzo dei miei scritti e delle fotografie da me scattate per la realizzazione dei fini statutari.

Tali autorizzazioni potranno essere da me revocate in qualsiasi momento, con comunicazione scritta; potrò inoltre in qualsiasi momento richiedere di avere accesso entro i termini di Legge ai dati che mi riguardano, verificarli e modificarli.

Data e luogo

IN FEDE - Firma

La presente scheda va compilata e dovrà essere inviata per posta ordinaria presso :
Segreteria Smile Mission Onlus - Via Zorzi,7 - 37138 VERONA –

Presidente :	Dottor PAROLINI GIAMPAOLO	Via Salicornia, 2	– 30015 - CHIOGGIA (VENEZIA)
	telefono : 041.499763	fax : 041.499040	e-mail : gianpaolo.parolini@gmail.com
VicePresidente :	Odt ROSA BRUSIN Fabrizio	Via Carmagnola, 21	– 10064 – PINEROLO (TO)
	telefono : 0121.72278	fax : 0121.397704	e-mail : laborbf@dag.it
Segretario :	Dr.ssa PAIOLA PAOLA	Via Roma, 14	– 25080 – Muscoline (BS)
	telefono : 0365.32461	fax : 0365.32641	e-mail : p.paiola@tin.it
Tesoriere :	Girardi AnnaMaria	Via Belvedere, 53/G	– 37010 - Costermano (VR)
	telefono :	fax : 0442.602895	e-mail : anna@aiaso.it
Conto corrente bancario :	Agenzia di Caprino Veronese (VR)		ABI : 02008 CAB : 59330 C/C : 403326203
	: codice IBAN : IT/79/C/02008/59330/000040326209		
Conto corrente postale :	Agenzia di Chioggia (Venezia)		C/C : 6505517