



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](http://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 –

<b>Presidente :</b>	<b>Dottor PAROLINI GIANPAOLO</b> telefono : 041.499763	<b>Via Salicornia, 2</b> <b>fax : 041.499040</b>	<b>– 30015</b> <b>e-mail : gianpaolo.parolini@gmail.com</b>	<b>- CHIOGGIA (VENEZIA)</b>
VicePresidente :	Odt ROSA BRUSIN Fabrizio telefono : 0121.72278	Via Carmagnola, 21 e-mail : laborbf@dag.it	– 10064	– PINEROLO (TO)
Segretario :	Dr.ssa PAIOLA PAOLA telefono : 0365.32461	e-mail : p.paiola@tin.it		
Tesoriere :	Dr.RIVETTI MAURIZIO telefono : 3403968010	P.zza Vittorio Veneto 19 – 13900 e-mail : smilemission.tesoriere@gmail.com		- Biella

**Conto corrente bancario : UNICREDIT Biella ABI : 02008 - CAB : 22310 C/C : 403326209**  
**: codice IBAN : IT 60 C 02008 22310 000040326209**