

MODULO DI RICHIESTA (RINNOVO) DELL'ICM CARD

Cognome

Nome

Indirizzo

Cap

Città

Provincia

Data e luogo di nascita

Sesso

M	F
---	---

Telefono

Cellulare

eMail

Professione

Titolo di studio

numero carta ICM

Data del rilascio

(In caso di minorenne, firma di un genitore)

Il sottoscritto autorizza la Fondazione ICM al trattamento dei propri dati personali che verranno elaborati ed archiviati. La Fondazione ICM, in quanto "titolare del trattamento" garantisce che i dati personali raccolti verranno trattati nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità e trasparenza imposti dal D.Lgs. N. 196 del 30.06.2003 per finalità connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con i titolari della carta. In relazione alle finalità indicate. Il trattamento avviene mediante strumenti manuali e/o elettronici, direttamente dalla Fondazione ICM. I dati personali non verranno comunicati a soggetti terzi ad eccezione delle aziende e degli enti che hanno aderito all'iniziativa.

Allego copia del documento di identità

FIRMA

(In caso di minore, occorre la firma di un genitore)