



CONSULTORIO
FAMILIARE
UDINESE
APS

Modulo di richiesta di associatura al Consultorio Familiare Udinese – APS

Dati del richiedente (in proprio/ genitore/rappresentante legale/altro):

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ in via/piazza _____ n. _____

email _____ tel _____

CF _____

CHIEDE L'ADESIONE

per proprio conto

in qualità di persona che esercita la responsabilità genitoriale (se proprio figlio)

in qualità di persona che esercita la rappresentanza legale

altro (specificare qualifica/titolo) _____

Dati del partecipante (se diversi da richiedente):

nome e cognome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov. _____ in via/piazza _____ n. _____

email _____ tel _____

CF _____

all'associazione Consultorio Familiare Udinese – APS in qualità di:

socio ordinario

socio volontario

socio sostenitore

e pertanto:

- accetta lo statuto dell'associazione (liberamente consultabile sul sito web www.consultorioudinese.it);
- si impegna a versare la quota prevista di iscrizione annuale di euro 25,00 oppure allegare autocertificazione per esenzione dal pagamento della quota associativa in caso di reddito familiare inferiore a euro 9.000,00;
- acconsente, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'Informativa al trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679 liberamente consultabile sul sito web www.consultorioudinese.it/privacy-policy/.

Viale XXIII Marzo 1848, 44
33100 Udine
Tel / fax 0432 509248
c.f. 94000520307
info@consultorioudinese.it
www.consultorioudinese.it

Richiesta associatura



Come ha saputo del Consultorio Familiare Udinese – APS

- Facebook/instagram/LinkedIn Passaparola Sito Internet Medico di base Stampa
 Invio Azienda Sanitaria Altro _____ (indicare)

Data _____

Firma _____

RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo accetta la richiesta sopra riportata e attribuisce al richiedente la qualifica di:

- socio ordinario socio volontario socio sostenitore

Tessera numero: _____

Data _____

Firma _____



CONSULTORIO
FAMILIARE
UDINESE
APS

CONSENSO INFORMATO all'atto del conferimento dell'incarico professionale per prestazioni sanitarie con minori

Il/La sottoscritto/a _____ CF _____
nato/a a _____ il _____

- nella qualità di genitore esercente la potestà genitoriale sul/sulla minore _____
CF _____
- in quanto tutore del/della minore _____
CF _____ in ragione di (*indicare provvedimento giuridico, autorità emanante,
data di emissione*) _____

presta il consenso per l'effettuazione della seguente prestazione sanitaria (*indicare la prestazione/intervento*)
_____ presso il Consultorio Familiare Udinese e acconsente, ai sensi e per gli
effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti
indicati nell'Informativa al trattamento dei dati personali ex artt. 13 e 14 REG. UE 2016/679 liberamente consultabile sul
sito web www.consultorioudinese.it/privacy-policy/.

Data _____

Firma _____