



**MODULO DI RICHIESTA ADESIONE AL PROGETTO
MAMME DI RARA BELLEZZA**

Il/la sottoscritto/a Nome* _____ Cognome* _____

Residente a: _____ Provincia: _____

Via: _____

Telefono: _____

Cellulare*: _____ Email*: _____

CODICE PAZIENTE : MRB-

Chiede

all'Associazione Linfa OdV CF 91009350264 - di sostenere le spese per un percorso individuale di sostegno psicologico in qualità di genitore (o altro SPECIFICARE.....) di bambino/ragazzo/a affetto da malattia rara.

Tale percorso di 5 (cinque) incontri sarà gestito dal Dott. Riccardo Morelli de Rossi, psicologo clinico e psicoterapeuta che si occupa di età evolutiva e sostegno alla genitorialità.

Luogo e data

Il richiedente

(firma*)



Informazioni sulla privacy: ai sensi dell'art.7 del d.lgs. 196/2003 i suoi dati saranno trattati dall'Associazione L.I.N.F.A. ODV , titolare del trattamento (indirizzo email: info@associazionelinfa.it). I dati saranno usati per le operazioni connesse a donazioni, per inviare il materiale informativo riservato ai sostenitori, per campagne di raccolta fondi e sondaggi. I dati saranno trattati manualmente ed elettronicamente esclusivamente dall'Associazione Linfa ODV e dai responsabili preposti ai servizi connessi a quanto sopra e saranno sottoposti ad idonee procedure di sicurezza. Gli incaricati del trattamento per i predetti fini possono essere preposti ai rapporti con i sostenitori, ai call center, ai sistemi informativi, all'organizzazione di campagne di raccolta fondi, alla preparazione e all'invio di materiale informativo. Può esercitare i diritti di cui agli artt. 7, 8, 9 e 10 del citato decreto (consultazione, blocco, cancellazione dati) rivolgendosi al titolare del trattamento al suindicato indirizzo e mail.

Acconsento il trattamento dei dati personali*

FIRMA*

_____ (*dati obbligatori)