



Formazione alle manovre salvavita  
e uso del defibrillatore



**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_

nato\la a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

via\piazza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ **email** \_\_\_\_\_

### Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Con la presente il\la sottoscritto\la CHIEDE di essere ammesso come socio ad IRCOMUNITA' APS ed a tal fine specifica quanto segue:

- Accetto lo Statuto di IRCOMUNITA' APS presente al link <https://www.irc-com.it/download-area>;
- Mi impegno a rispettare il Regolamento Attuativo e tutti i Regolamenti interni di IRCOMUNITA' APS pubblicati al link <https://www.irc-com.it/download-area> ed all'interno dell'area riservata;
- Mi impegno a rinnovare la quota sociale entro il 28 febbraio di ogni anno;
- Sono consapevole che dopo tre anni di MOROSITA' sarò automaticamente ESCLUSO dall'Associazione e decadranno tutte le mie qualifiche.

Allego alla presente il pagamento della quota sociale di 20,00 € (venti/00) quale quota per l'anno in corso.

NB se la quota viene pagata dopo il 01 novembre ha validità anche per l'anno successivo.

In caso di non accoglimento della domanda da parte del CD, la quota versata verrà rimborsata.

**CONTO CORRENTE BANCARIO** INTESTATO A IRCOMUNITÀ  
**IBAN BANCARIO:** IT27F0306909606100000167055 BANCA INTESA  
**PAYPAL:** [paypal@irc-com.org](mailto:paypal@irc-com.org)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Ircomunità A.p.s.** | Sede Nazionale  
via Croce Coperta,11 40128 Bologna  
Tel +39 051 6389141  
segreteria@irc-com.org | irc-com@pec.it  
www.irc-com.it



## INFORMATIVA PRIVACY – FIRMARE IL FOGLIO NELLA PARTE POSTERIORE

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti della nostra clientela è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è IRCOMUNITÀ APS, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **IRCOMUNITÀ APS**

Sede: via Croce Coperta, 11 - 40128 Bologna

Contatti e recapiti: Segreteria Nazionale – telefono 051 – 6389141 – email [segreteria@irc-com.org](mailto:segreteria@irc-com.org)

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Istruzione ed assistenza inerente le manovre salvavita o altre attività istituzionali di IRC Comunità	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.)	L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità - Norma Unione Europea (GDPR 2016/679)

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

### Categorie di destinatari:

Organismi sanitari, personale medico e paramedico (ASL e altre aziende sanitarie), Istituzioni di formazione professionale (Centro formativi rete IRCOMUNITÀ A.P.S.)

### Destinatari:

Destinatario dei dati: **ASL, Aziende ospedaliere e Regioni (Aziende sanitarie che richiedono la certificazione)**

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: Fino a richiesta cancellazione
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento
- ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Bologna, DATA della sottoscrizione

Firma del Titolare del Trattamento

**Il Presidente pro tempore IRCOMUNITÀ APS**

**Dott. Leonardo BRASCHI**

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **IRCOMUNITÀ A.P.S.**, responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **IRCOMUNITÀ A.P.S.**

Sede: via Croce Coperta, 11 - 40128 Bologna

Contatti e recapiti: Segreteria Nazionale – telefono 051 6389141 – email [segreteria@irc-com.org](mailto:segreteria@irc-com.org)

**Firma per il consenso al trattamento dei dati**



**Ircomunità A.p.s.** | Sede Nazionale  
via Croce Coperta, 11 40128 Bologna  
Tel +39 051 6389141  
[segreteria@irc-com.org](mailto:segreteria@irc-com.org) | [irc-com@pec.it](mailto:irc-com@pec.it)  
[www.irc-com.it](http://www.irc-com.it)

