



ASSOCIAZIONE ROMANA DI CREMAZIONE

Via dei Volsci, 125 Roma 00185 - Tel. 06.6792769

Email. associazioneromanacremazione@gmail.com

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO *Al Signor Presidente dell'Associazione Romana Di Cremazione*

Il Sottoscritto/a _____

Nato/a Il ____ / ____ / ____ a _____ Provincia (.....)

Residente a _____ Domicilio (se diverso) _____

Via /P.zza _____ N° _____ C.A.P _____

E-mail _____ Recapito _____

Il sottoscritto Dichiara di aderire alle norme dello Statuto dell' Associazione Romana Di Cremazione. E mi obbligo a versare ad ogni scadenza annuale i contributi stabiliti.

_____ Il ____ / ____ / ____ Firma _____

ASSENZO A NORMA DELLA LEGGE N° 196/2003 E DEL GDPR REG. UE679/2016

Esprimo l'assenso e sono a conoscenza che i dati raccolti saranno utilizzati nell'ambito del Regolamento di Polizia Mortuaria, nonché per la comunicazioni inviate periodicamente dall'ASSOCIAZIONE ROMANA DI CREMAZIONE ai propri Soci e comunque saranno trattati nei limiti e per le specifiche esigenze di regolazione dei rapporti intercorrenti. Sono informato che, quale interessato al trattamento, potrò esercitare i diritti dicui all'Art. 7 D.L.gs 196/2003 (diritto di accesso ai dati personali ed altri), nonché agli Art. 13 (informazioni), 15 (diritto accesso), 16 (diritto rettifica), 17 (diritto alla cancellazione), 18 (diritto limitazione trattamento), 19 (obblighi notifica), 20 (diritto portabilità dati) e 21 (diritto opposizione) del Reg. UE 679/2016 (GDPR), rivolgendomi al Titolare - ASSOCIAZIONE ROMANA DI CREMAZIONE, Via dei Volsci, 125 Roma 00185 per posta o via mail a: associazioneromanacremazione@gmail.com

_____ Il ____ / ____ / ____ Firma _____

DISPOSIZIONE TESTAMENTARIA

(Il Socio scriva nello spazio sottostante di suo pugno).

**"Voglio che la mia salma sia Cremata e nomino l'Associazione Romana di Cremazione
esecutrice testamentaria di questa mia espressa volonta".**

_____ Il ____ / ____ / ____ Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'ASSOCIAZIONE

Tessera N° _____