



ADESIONE ALLA COALITION HIV – L'ITALIA FERMA L'AIDS

Il/La sottoscritt _____ nat _____

a _____ prov. _____ il _____

Residente in Via/Corso/Piazza _____ n° _____

Comune _____

CAP _____

Provincia _____

Tel _____ Cell _____

E-mail _____

Sottoscrive l'adesione alla COALITION HIV, condividendone la mission allegata a questa documentazione.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Luogo _____

Data _____

Firma _____

Firma accettazione

per la Coalition HIV _____

La modulistica può essere inviata anche a mezzo mail all'indirizzo segreteria@fondazionethebridge.it

Oggetto: adesione coalition