



## 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](mailto:segreteria@fondazionethebridge.it)

Oggetto: adesione coalition