

**A.I.A.S.**  
**Associazione Italiana Assistenza Spastici**

ENTE RICONOSCIUTO GIURIDICAMENTE CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N.1070 DEL 28/05/1968 Sezione di

San Filippo del Mela – O.N.L.U.S.

cod. Fiscale 01952490835

Partita I.V.A. 02142110838

**MOD.B**

**REVOCA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI**  
**(Regolamento UE 2016/679)**

Io sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

per sé o in qualità di (produrre documentazione comprovante la qualità)

Tutore     Legale Rappresentante     Amministratore di sostegno

Esercente la responsabilità genitoriale     Altro \_\_\_\_\_

di (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a (Comune, Provincia, Stato) \_\_\_\_\_

in via (indirizzo) \_\_\_\_\_

Avendo prestato il consenso al trattamento dei miei dati personali e particolari o di quelli della persona sopra indicata per le finalità di ricerca scientifica, statistica e di studio, di cui al punto 5.3 dell'informativa

**REVOCO**

**IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI AI SENSI DEL**  
**D.LGS 196/2003 E SS.MM.II. E DEL REOLAMENTO UE 2016/679**

Firma \_\_\_\_\_

**SONO CONSAPEVOLE CHE**

Le false dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal codice penale e dalle leggi speciali in materia (DPR 445/2000).

Alla consegna presentarsi con un documento di identità valido o con delega e documento anche del delegante.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma (estesa e leggibile)

**Riservato all'ufficio**

Raccolta cartacea: Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Firma Operatore \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE E AMMINISTRAZIONE C.da Donnamiata s.n – 98044 San Filippo del Mela (ME)  
Tel. 090.93.06.66 – fax 090.93.92.651; amm.aia.sfm@gmail.com / aiassanfilippodelmela@pec.it