

DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO (n°)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il ___/___/___,
residente a _____, in via _____ n° ____,
provincia _____, regione _____ cap _____, c.f. _____,
recapito telefonico Tel. _____ / Cell. _____, indirizzo mail _____.

DICHIARA

- 1) di avere piena contezza di quanto previsto dallo statuto e regolamento dell'Associazione;
- 2) di impegnarsi a rispettare integralmente tali previsioni;
- 3) a corrispondere la quota di iscrizione annuale nei modi e nei tempi stabiliti dagli organi associativi.

CHIEDE

di essere ammesso in qualità di:

SOCIO ORDINARIO

dichiarando di essere:

Parente entro il 4° grado della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale

(grado di parentela da specificare _____);

Affine entro il 2° grado della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale

(grado di affine da specificare _____);

Tutore, curatore, amministratore di sostegno della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale (grado di rappresentanza da specificare _____).

SOCIO AMICO

dichiarando di essere:

Persona fisica che prende parte e collabora alla vita dell'Associazione da almeno un anno; attraverso attività di:

Collaborazione volontaria e presenza gratuita alla vita associativa, operando in appoggio ed affiancamento dei soci e/o collaboratori;

Supporto e/o assistenza alle persone con disabilità;

Partecipazione all'organizzazione e gestione delle attività e delle manifestazioni organizzata dall'Associazione, quali ad esempio: soggiorni estivi, attività ricreative e sportive, attività di promozione e raccolta fondi etc.

Firma _____

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili per tutti gli atti e le comunicazioni utili e/o necessarie ai fini associativi e dei rapporti con terzi, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy

Firma _____

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITA'

Nome _____, Cognome _____,

data di nascita ____/____/____, comune di nascita _____,

c.f. _____,

disabilità (patologia) _____.

Luogo _____, li ____/____/____

FIRMA DELLA PERSONA CON DISABILITA' O GENITORE (SE MINORE) O TUTORE O CURATORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (CHE ABBA L'ESPRESSO POTERE DI AUTORIZZAZIONE NEL PROPRIO DECRETO DI NOMINA)

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili della persona rappresentata per tutti gli atti e le comunicazioni utili e/o necessarie ai fini associativi e dei rapporti con terzi, nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

Firma della persona con disabilità o genitore (se minore) o tutore o curatore o amministratore di sostegno (che abbia l'espresso potere di autorizzazione nel proprio decreto di nomina)
