



Spett.le ALMA - APS

Via del canto 1

64100 TERAMO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____)
il ____/____/____, residente a _____ Prov _____ . CAP _____
in _____ n. _____, Cod. Fis. _____
Carta d'Identità n. _____ rilasciata dal comune di _____,
telefono _____ cellulare _____, e-mail _____,
per conto proprio/quale esercente la potestà genitoriale sul minore _____,
nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____ . Cap _____
Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio all'associazione "ALMA associazione libera malati acalasia - APS".

Inoltre, il/la sottoscritto/a _____.

DICHIARA

- Di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- Di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale;
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e in relazione alla informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data _____, ____/____/____.

Firma _____

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto/del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

Sì No

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto/del minore, sul sito web e nelle bacheche affisse nei locali dell'Associazione.

Sì No

Luogo e data _____

Firma
