



DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

(obbligatorio completare tutti i campi in ogni parte)



Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____ il / / _____
e residente a _____ prov. _____ in via _____ n. _____
codice fiscale _____ tel. _____ e-mail _____
titolo di studio _____ professione _____

condividendo le finalità di Anffas ed intendendo contribuire al loro perseguimento impegnandosi direttamente nelle attività associative.

Essendo in possesso dei seguenti requisiti espressamente previsti dal vigente statuto associativo:
(é possibile spuntare più voci)

Maggiore età

Persona con disabilità non interdetta o nei cui confronti non vi siano misure di protezione giuridica che limitano o impediscono l'assunzione dello status di associato

Genitore

Coniuge

Parente entro il 4° grado

Affine entro il 2° grado

Tutore

Curatore

Amministratore di sostegno

Affiliante di persona con disabilità

Persona con rapporto civile ex legge 76/2016

Persona, non rientrante tra quelle sopra indicate ma che condividendo le finalità di Anffas ha preso parte e collabora alla vita associativa da almeno 1 anno

- Di accettare, senza riserve, lo Statuto, eventuale regolamento ed ogni altro atto che identifichi e fissi la *mission* e le regole associative, compreso quanto contenuto e prescritto dal codice di qualità ed autocontrollo.
- Di essere consapevole che con l'adesione ad Anffas Mortara e Lomellina l'appartenenza ed i relativi impegni ed obblighi si estendono ad Anffas Nazionale ed Anffas Regione Lombardia e che gli stessi sono esercitati con le modalità definite nei luoghi associativi a ciò deputati.
- Autorizzando espressamente l'utilizzo del trattamento dei dati comuni e particolari per il perseguimento dei fini associativi, anche all'interno della complessiva Rete associativa Anffas e degli Enti ad essa aderenti.
- Impegnandosi a versare annualmente la quota associativa e l'eventuale contributo obbligatorio nei modi e nei termini fissati dall'associazione.

CHIEDE

di essere ammesso/a quale Associato di Anffas Mortara e Lomellina

In fede
il Richiedente _____

data / /

firma _____

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ COLLEGATA

Nome _____, cognome _____, data di nascita / / _____,
comune di nascita _____, prov. _____, codice fiscale _____,
diagnosi _____,
luogo _____, li / / _____
firma _____

FORMULA DI CONSENSO ADESIONE

Il/la sottoscritto/a
dichiaro di aver preso visione dell'informativa riguardo al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento dell'Unione Europea n. 2016/679 – "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (disponibile sul sito dell'Associazione al seguente link <https://www.anffasmortara.it/documenti>)

luogo e data _____ firma _____

Per svolgere il trattamento di comunicazione dei suoi dati personali, indicati alle lettere i), j) e k) del punto 3 dell'informativa, è necessario che lei dia il suo consenso, che può essere fornito anche solo per alcune finalità/attività.
Per le finalità/attività per cui avrà negato il consenso, Anffas Mortara e Lomellina non potrà trattare i suoi dati personali e in conseguenza non potranno essere rese le attività/servizi corrispondenti.
Le precisiamo che lei potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, anche solo per alcune finalità di trattamento, ai sensi del paragrafo 3 dell'art. 7 del Regolamento dell'Unione Europea n. 2016/679.

Per la comunicazione ad Anffas Regione Lombardia dei miei dati personali, necessaria per l'attività di rappresentanza della struttura associativa ANFFAS innanzi agli Enti locali e per quella connessa alla verifica dei requisiti previsti per il mantenimento della qualifica di aderente ad ANFFAS Nazionale in capo ad Anffas.

esprimo il consenso _____ nego il consenso _____

luogo e data _____ firma _____

DOPO AVER COMPILATO IN OGNI SUA PARTE IL SEGUENTE MODULO, STAMPARE, FIRMARE, SCANNERIZZARE E SPEDIRE A:
info@anffasmortara.it

Riservato all'Associazione

Versata quota associativa in data ____/____/____

Iscrizione al libro Associati in data ____/____/____ al numero _____

Iscrizione al libro dei volontari in data ____/____/____ al numero _____

Copertura assicurativa polizza n. _____ del _____

Inserito in anagrafica unificata di Anffas Nazionale in data _____

Consegnata prima tessera Associativa in data _____