

DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO

Il/la sottoscritto/a.....nato/a a.....
il...../...../....., residente a....., in via....., n°.....,
provincia di....., cap....., codice fiscale....., telefono.....,
indirizzo mail....., titolo di studio....., professione.....,

dichiara

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

chiede

di essere ammesso/a in qualità di:

SOCIO ORDINARIO dichiarando di essere:

- parente entro il 4° grado della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale (.....)
grado di parentela
- affine entro il 2° grado della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale (.....)
grado di affinità
- Tutore, curatore, amministratore di sostegno della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale
(.....)
grado di rappresentanza

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 e affiancamento dei soci e/o collaboratori;
 - Supporto e/o assistenza alle persone con disabilità;
 - Partecipazione all'organizzazione e gestione delle attività e delle manifestazioni organizzate dall'Associazione, quali ad esempio: soggiorni estivi, attività ricreative e sportive, attività di promozione e raccolta fondi, etc.

data.....

firma.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

firma.....

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

Nome....., cognome....., data di nascita...../...../.....,
comune di nascita....., prov....., codice fiscale.....,
diagnosi.....

luogo....., lì...../...../.....

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

Firma.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a.....autorizza il trattamento dei propri dati personali e sensibili della persona rappresentata per tutti gli atti e le comunicazioni utili 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 ABBA L'ESPRESSO POTERE
DI AUTORIZZAZIONE NEL PROPRIO DECRETO DI NOMINA)**

Firma.....

Anffas Onlus di Mortara e Lomellina
P.zza Motta, 2 – 27036 Mortara – tel. 0384.92063 – Fax 0384.295134 – Anffas-SAI? tel. 0384.56044
info@anffasmortara.it - www.anffasmortara.it

*Soci Ordinari: sono i parenti entro il quarto grado, gli affini entro il secondo grado, i tutori, curatori ed amministratori di sostegno di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale, verso cui l'attività dell'Associazione è principalmente rivolta. Per la singola persona con disabilità il numero dei soci collegati non può essere superiore a tre.
Socio di 1°grado: il primo familiare associato – Socio di 2°grado: gli altri familiari.