

Domanda di ammissione ad Associato

Spett.le Consiglio Direttivo
di Anffas _____

Il/la
sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Cap _____ Prov _____

Cod. Fiscale

____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

cellulare _____ telefono _____

indirizzo e-mail _____

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:

- Maggiore età
- Persona con disabilità non interdetta o nei cui confronti non vi siano misure di protezione giuridica che limitano o impediscano 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 _____ l'appartenenza ed i relativi impegni ed obblighi si estendono ad Anffas Nazionale ed Anffas Regione _____ 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
- Dichiarando la propria disponibilità a prestare, oltre alle normali attività svolte in favore della compagine associativa, a titolo libero volontario e gratuito attività di volontariato non occasionale impegnandosi a garantire con il proprio apporto diretto la realizzazione delle attività associative a tal fine programmate.
- 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 _____

data _____

In fede

Il Richiedente _____

DATI PERSONA CON DISABILITÀ COLLEGATA

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ data _____

Codice Fiscale

____/____

Tipologia disabilità

FORMULA DI CONSENSO ADESIONE

Io 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.....oppure indicare se affissa presso la sede legale dell'associazione)

Luogo e data _____ Firma _____

Per poter 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 _____ 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 _____ 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 _____

Spazio riservato all'Associazione

Deliberata ammissione a socio in data ____/____/____

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
