

Modulo di adesione
"UN RESPIRO SPERANZA"
Associazione Promozione
Sociale



SOCIO ORDINARIO

SOSTENITORE

Tessera n°

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione.

Il sottoscritto, avendo preso visione dello Statuto, chiede di poter aderire all'Associazione in qualità di:

Socio Ordinario

e a tale scopo, dichiara di condividere gli obiettivi di promozione sociale espressi dello Statuto dell'Associazione e di voler contribuire alla loro realizzazione. Si impegna all'osservanza delle norme statutarie e delle disposizioni del Consiglio Direttivo. Si impegna, inoltre, a non utilizzare il nome dell'Associazione per attività di carattere commerciale, imprenditoriale o comunque per attività che abbiano scopo di lucro. Si impegna altresì a non utilizzare a scopo di lucro il materiale prodotto dall'Associazione e reso disponibile ai soci. Prende atto che l'adesione è subordinata all'accettazione, da parte dell'assemblea, come previsto dallo Statuto e, quale socio ordinario secondo le modalità fornite, dichiara di versare l'importo di €00 (..... /00) inclusivo dei € 20,00 (venti/00) relativi alla annuale quota associativa.

In conformità al Dlgs. n.196 del 30/06/2003 e s.m.i. sulla tutela dei dati personali e al Regolamento Europeo 679/2016 GDPR, l'Associazione "Un Respiro di Speranza APS" garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei forniti. Il loro trattamento viene realizzato, mediante elaborazioni manuali, strumenti informatici, dall'Associazione stessa che amministra tutti i beni, le offerte, le donazioni e quant'altro per gli scopi dichiarati nello Statuto. I dati verranno utilizzati esclusivamente per adempimenti ai quali l'Associazione è tenuta per legge e per comunicazioni a Lei personalmente dirette da parte dell'Associazione. Il Titolare del trattamento è l'Associazione "Un Respiro di Speranza APS". Titolare del trattamento è il l'Associazione Un Respiro di Speranza. I dati non saranno oggetti di trasferimento all'Estero. Contattando il Titolare del trattamento, gli interessati potranno avere tutte le informazioni relative ai loro dati e potranno chiederne ed ottenerne la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica e quant'altro, nonché esercitare tutti i diritti previsti dalle normative sopra citate.

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Luogo di Nascita _____ Data di Nascita _____

Indirizzo di Residenza _____

C.A.P. _____ Città _____

Recapiti Telefonici _____ / _____

e-mail _____

Data _____ Firma per accettazione _____

Consenso ad attività di invio materiale divulgativo per mail: Acconsento Non Acconsento

Consenso ad attività di invio materiale divulgativo per WhatsApp: Acconsento Non Acconsento