

Modulo di adesione  
"UN RESPIRO SPERANZA"  
Associazione Promozione  
Sociale



SOCIO ORDINARIO

SOSTENITORE

Iscritto 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 del Direttivo, come previsto dallo Statuto e, quale socio ordinario secondo le modalità fornite, dichiara di versare l'importo di € ..... (.....) 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 e 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". I dati non saranno oggetti di trasferimento all'Estero. Contattando il Titolare del trattamento, potrà avere tutte le informazioni relative ai Suoi dati e potrà chiederne ed ottenerne la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica e quant'altro, nonché esercitare tutti i diritti previsti dalle normative sopra citate.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo di Residenza \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ Fisso: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma per accettazione \_\_\_\_\_

Consenso ad attività di invio materiale divulgativo via e-mail:  Acconsento  Non Acconsento

Consenso ad attività di invio materiale divulgativo via Broadcast WhatsApp:  Acconsento  Non Acconsento

Nel caso desideri che le info via broadcast vengano inviate a un caregiver, specifichi qui numero e cognome e nome della persona \_\_\_\_\_