

Domanda di ammissione alla
Pubblica Assistenza Porto Azzurro OdV

Alla Pubblica Assistenza Porto Azzurro OdV
Via Provinciale Ovest, 117 - Loc. Mola
57036 Porto Azzurro LI - Isola d'Elba
inviare a : info@portoazzurrosoccorso.it

Il/La sottoscritto/a* _____,
nato/a * _____ (____) il* ____ / ____ / _____,
residente a* _____ CAP _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____,
Codice Fiscale * _____
telefono _____ / _____, cellulare* _____ / _____,
email * _____,

Solo per iscrizione dei minorenni:

- quale esercente la potestà genitoriale sul minore: nome _____ cognome: _____
 - ,nato/a _____ (____) il ____ / ____ / _____, residente a _____
CAP _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n. _____, Codice Fiscale _____.
 - Autorizzo la pubblicazione delle foto del minore in occasione di Feste, iniziative collettive, Corsi, raduni ecc.
-

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di

- SOCIO ORDINARIO
 - SOCIO SOSTENITORE o Famiglia
 - VOLONTARIO ATTIVO
 - DONATORE SANGUE ANPAS
 - TESSERATO ATTIVITA'
- alla "Pubblica Assistenza Porto Azzurro Odv".

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
 - di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale; (i Volontari attivi sono esentati).
 - di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs n. 196/2003 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie di cui il nuovo regolamento Europeo GDPR concernente la "tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati..
 - **Autorizzo la Pubblicazione delle mie foto in occasione di Feste, iniziative collettive, Corsi, raduni ecc.**
-

Luogo e data _____ Firma _____

Domanda approvata in data _____ nel Consiglio Direttivo del _____

ISCRIZIONE SOCIO nel Registro dei Soci N° _____

Da consegnare in sede, oppure via email: info@portoazzurrosoccorso.it

Informazioni tel. 0565-920202 digitare 7 o presso il Sito Internet: www.portoazzurrosoccorso.it e il Gruppo Facebook.