

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, in via  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_, regione \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_, indirizzo  
mail \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

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

**CHIEDE**

di essere ammesso in qualità di:

**SOCIO ORDINARIO**

dichiarando di essere:

- Parente entro il 4° grado della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale (grado di parentela da specificare \_\_\_\_\_);
- Affine entro il 2° grado della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale (grado di affine da specificare \_\_\_\_\_);
- Tutore, curatore, amministratore di sostegno della persona con disabilità intellettiva e/o relazionale (grado di rappresentanza da specificare \_\_\_\_\_).

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

Firma \_\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

**- DATI DELLA PERSONA CON DISABILITA'**

Nome \_\_\_\_\_, cognome \_\_\_\_\_, data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
comune di nascita \_\_\_\_\_, c.f. \_\_\_\_\_, disabilità  
(patologia) \_\_\_\_\_.

Luogo \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili della persona rappresentata per tutti gli atti e le comunicazioni utili e/o 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 abbia l'espresso potere di autorizzazione nel proprio decreto di nomina) \_\_\_\_\_