



Domanda di ammissione ad Associato

Spett.le Consiglio Direttivo
di ANFFAS ONLUS SARDEGNA

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 Onlus Sardegna 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 Onlus Sardegna l'appartenenza ed i relativi impegni ed obblighi si estendono ad Anffas Nazionale 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 Onlus Sardegna

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 www.anffasonlussardegna.it)

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 Onlus Sardegna 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 Onlus Sardegna 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 _____