

Spett. le **Consiglio Direttivo A.N.A.C.C. APS**
Via XXIV Maggio
73024 – Maglie (LE)

Domanda di adesione all'Associazione in qualità di socio

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

telefono ____/____/____, Fax ____/____/____, cell. _____

e-mail _____ e-mail (2) _____

Codice Fiscale _/

per conto proprio

Quale esercente la responsabilità genitoriale sul minore

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _/

Esprimendo la volontà di associarsi all'Associazione Nazionale Angioma Cavernoso Cerebrale dichiara:

- di aver preso visione del contratto associativo (Statuto) e dei regolamenti dell'Associazione in vigore e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale la quale determina il rinnovo annuale della condizione di Socio nei modi e nei tempi stabiliti dal Consiglio Direttivo;
- di condividere gli obiettivi espressi all'art.2 dello Statuto dell'Associazione e di voler contribuire, in quanto socio, alla loro realizzazione;
- di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy fornita;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'**art. 13 D.lgs. n. 196/2003** e del **GDPR 679/2016** per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme;
- di dare il proprio consenso all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'**art. 13 D.lgs. n. 196/2003** e del **GDPR 679/2016** per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione diretta (via mail, messaggistica telefonica, posta ordinaria) atte al raggiungimento delle finalità istituzionali dell'Associazione.

Prende atto che l'adesione è vincolata al pagamento della quota sociale. Inoltre, dichiara di essere a conoscenza che l'adesione ha validità limitata all'anno sociale che coincide con l'anno solare (1 gennaio – 31 dicembre).

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto/del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

SI NO

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto/del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

Si acconsente all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione diretta (via mail, messaggistica telefonica, posta ordinaria) a fini statuari sia diretti che di Enti con cui l'Associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dalle norme statuarie.

SI NO

Data

Firma (conto proprio/responsabilità genitoriale 1/tutore)

Firma (responsabilità genitoriale 2)

NOTA per i minori aspiranti soci

Il consenso per il minore deve essere espresso (apposizione della firma) da entrambi i genitori o dal genitore esercente l'esclusiva "responsabilità" genitoriale o, in mancanza di essi, dal tutore nominato con decreto dal Giudice Tutelare del Tribunale del Circondario. **Il candidato minorenne privo dell'autorizzazione di cui sopra NON sarà ammesso all'Associazione.**



Modalità di pagamento:

Bonifico intestato a Associazione Nazionale Angioma Cavernoso Cerebrale
c/o Banca Prossima

Codice IBAN: IT21M0306909606100000100349

Causale: Quota associativa per l'anno corrente

Modalità invio domanda di adesione a mezzo posta:

ANACC APS via XXIV Maggio 128/F
73024 Maglie (LE)

oppure a mezzo mail

presidente@anaccaps.org