

ASSOCIAZIONE di VOLONTARIATO "SILOE" o.n.l.u.s.
Viale Napoli, 50 – Frosinone — Tel. 0775/881000

Domanda di Ammissione a Socio

Cognome e Nome : _____

Luogo di Nascita : _____

Data di nascita : _____ Cod. Fiscale: _____

Luogo di Residenza: _____

Indirizzo : _____

Cap _____ Prov. _____ Tel. _____

Stato civile: _____ Professione : _____

Note : _____

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO TRA I SOCI DELLA ASSOCIAZIONE "SILOE" IN
QUALITA' DI :

Socio Aggregato *Socio Ausiliario*

E DICHIARA DI ACCETTARE LO STATUTO E IL REGOLAMENTO DELLA
ASSOCIAZIONE

Data _____ Firma _____

Informativa sulla Privacy e dichiarazione di consenso (L.675/96 D.L.vo 196/03)

Presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali anche sensibili ed al loro eventuale trasferimento a terzi ogni qual volta sia reso necessario per il corretto funzionamento e svolgimento delle attività dell'associazione, dichiarando di essere stato/a informato/a delle finalità e modalità di trattamento dei dati anche mediante mezzi informatici e dei diritti di cui sono titolare, mediante consegna di apposita lettera di informativa ex art. 13 D.L.vo 196/03.

Data _____ Firma _____

DOMANDA DEI SOCI PER PARTECIPARE AL SOGGIORNO

__1__ SOTTOSCRITT__ _____

CHIEDE DI PARTECIPARE AL SOGGIORNO A : _____

**Assistenza
Sanitaria**

TESSERA N. _____

CERTIFICATO MEDICO (si)
(obbligatorio)

**Sistemazione
Alloggio**

Desidero essere in camera
con _____

Notizie utili : - Necessita di cure ed assistenza specifiche **Si** **No**
(se Si compilare il Modulo Allegato)

- Cammina **Si** **No**

Data: _____

Firma: _____
(firma del genitore se minorenne)