

RICHIESTA DI AMMISSIONE

Al Presidente sig. Claudio Diaz
dell'Associazione Italiana
Disordini da Esposizione Fetale ad Alcol e/o Droghe
A.I.D.E.F.A.D. - APS
Via Sile n. 7/1
Cap 31027 Comune Spresiano (TV)

Il sottoscritto/a _____,

residente a _____ (_____)

Telefono cellulare _____, Professione _____,

e-mail _____,

- avendo preso visione dello statuto che regola l'Associazione e dei Regolamenti dell'Associazione nonché dello Statuto e dei Regolamenti di EUFASD Alliance e dell'Informativa sulla Privacy presenti sul sito www.aidefad.it

- condividendo la democraticità della struttura, l'elettività e la gratuità delle cariche associative; dichiarando di assumersi ogni responsabilità civile e penale derivante da eventuali danni provocati a persone, animali e cose, sia involontariamente che per infrazione alle norme emanate dagli Statuti e dai Regolamenti sopra citati;

- consapevole della gratuità delle prestazioni fornite dagli aderenti (salvo il rimborso delle spese anticipate dal socio in nome e per conto dell'Associazione, preventivamente autorizzate dal Consiglio direttivo o, dove previsto, dal Presidente del Consiglio direttivo o, in caso di sua assenza o impedimento, dal Vice Presidente del Consiglio direttivo);

- consapevole delle finalità di solidarietà sociale che l'Associazione promuove; -
consapevole che entro una settimana dal ricevimento della comunicazione dell'avvenuta adesione, anche verbale, sono tenuto a versare la quota annuale di 30 €.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a, _____, nella qualità di interessato, letta la suddetta informativa resa ai sensi dell'art. 13 GDPR, **autorizzo/do il consenso**

- al trattamento dei miei **dati personali**, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 169/03
- al trattamento dei miei **dati "particolari"**, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 169/03 e delle autorizzazioni/indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei Dati Personali
- all'uso della mia immagine per le finalità descritte nell'informativa (*pubblicazione sul sito dell'Associazione, sulla pagina FB dell'Associazione o su materiale di promozione delle attività istituzionali dell'Associazione*).

_____, li _____

L'INTERESSATO
(firma)

CHIEDE

di aderire all'associazione A.I.D.E.F.A.D. - APS

Distinti saluti

Luogo _____, Data _____

Firma
