

DOMANDA DI AMMISSIONE IN QUALITÀ DI SOCIO ORDINARIO

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Codice fiscale _____ Luogo e data di nascita _____

Indirizzo _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Cell. _____ e-mail _____

Professione _____

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di **SOCIO ORDINARIO**

all'Associazione Nazionale Sindrome di Cornelia de Lange APS – Codice Fiscale: 92019140414;

A tal fine, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- Di aver preso visione dello Statuto reperibile su www.corneliadelange.org e di accettarlo e rispettarlo in ogni suo punto;
- Di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi a seconda delle attività scelte;
- 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.

Inoltre, il/la sottoscritto/a:

acconsente all'uso dei dati personali, anche sensibili, 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) per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e per l'invio del giornalino periodico informativo delle attività svolte dall'Associazione.

☐ Sì

☐ No

Data. _____

Firma _____

Sarai ammesso in qualità di socio ordinario solo dopo la restituzione del presente modulo ed il versamento della **quota annua di iscrizione di € 75,00** (settantacinque euro).

Banca Intesa Sanpaolo IBAN: IT04 H030 6909 6061 0000 0002 034

Si prega di compilare la parte sottostante solo nel caso di genitore o tutore di un/una ragazzo/a con Sindrome di Cornelia De Lange:

Si acconsente alla comunicazione dei propri dati alle famiglie associate che hanno in carico un soggetto affetto dalla sindrome di Cornelia de Lange con l'inserimento del nominativo nell'elenco di tutte le famiglie iscritte, che verrà consegnato all'iscrizione e ad ogni aggiornamento periodico.

☐ Sì

☐ No

Segue =>

Si acconsente alle operazioni di comunicazione dei dati stessi alle categorie di soggetti che ne faranno richiesta (ad esempio medici) per le specifiche finalità associative, autorizzandone altresì i correlati trattamenti.

☐ Sì

☐ No

Luogo e data

Firma

Dati della persona con CDLS:

Nome _____ Cognome _____

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

residenza _____ (____) Via/Piazza _____ n° _____

Completare l'anagrafica con gli altri componenti della famiglia:

Nome	Cognome	Data di Nascita	Parentela

Indicare i nominativi di eventuali professionisti che seguono direttamente o indirettamente il soggetto con CDLS:

Nome _____ **Cognome** _____

residente a _____ (____) CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____

Professione _____ e-mail _____

Nome _____ **Cognome** _____

residente a _____ (____) CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____

Professione _____ e-mail _____