EMETOFOBIA SPOV APS

Email: info@emetofobiaspov.org | **PEC**: emetofobia.spov@pec.it
Cell: +39 379 387 2986
Sede Legale: Via Roma 29, 25020 Dello (BS)
Codice Fiscale: 98240440176
Ente iscritto al RUNTS: 183022

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Alla C.A. Consiglio Direttivo
dell'Associazione Emetofobia SPOV APS
in Via Roma 29
CAP 25020 Dello (BS)
C.F. 98240440176

DATI DEL RICHIEDENTE (Socio maggiorenne oppure Genitore/tutore del Socio minorenne)

Il sottoscritto _____, nato a _____ (___) il ___/___/_____, residente a _____ (___), Via/Piazza _____ n. ___, codice fiscale _____, e-mail _____ , numero di telefono_____.

DA COMPILARE SOLO SE LA RICHIESTA È PER UN SOCIO MINORENNE

DATI DEL SECONDO GENITORE/TUTORE DEL SOCIO MINORENNE

Il sottoscritto _____, nato a _____ (___) il ___/___/_____, residente a _____ (___), Via/Piazza _____ n. ___, codice fiscale _____, e-mail _____ , numero di telefono_____.

In qualità di esercenti la responsabilità genitoriale / tutore legale, richiede l'iscrizione per il minore:
Cognome e Nome del minore _____ nato/a a _____ (_____) il ____ / ____ / _____ residente a _____ (_____) Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale del minore _____

Se presente un solo genitore/tutore firmatario dichiara, in assenza dell'altro genitore/tutore, di assumersi la responsabilità della richiesta di ammissione a socio e delle dichiarazioni rese nel presente modulo.

EMETOFOBIA SPOV APS

Email: info@emetofobiaspov.org | **PEC**: emetofobia.spov@pec.it
Cell: +39 379 387 2986
Sede Legale: Via Roma 29, 25020 Dello (BS)
Codice Fiscale: 98240440176
Ente iscritto al RUNTS: 183022

CHIEDE/CHIEDONO

di poter essere ammesso/che il minore sopra indicato sia ammesso in qualità di socio all'Associazione Emetofobia SPOV APS di Dello (BS).
Inoltre, il sottoscritto

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- di condividere le finalità che l'Associazione si propone;
- di impegnarsi a corrispondere la quota associativa annuale di **€ 20,00**, nonché gli eventuali contributi associativi previsti in relazione alle attività prescelte, a seguito della ricezione dell'apposita comunicazione via e-mail da parte di *tesoreria@emetofobiaspov.org*;
- di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy fornita;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi del GDPR 2016/679 come meglio spiegato nel modulo di consenso al trattamento dei dati personali;

[SOLO PER ISCRIZIONE MINORENNI] ai sensi dell'Art. 320 del Codice Civile, di agire in qualità di genitore/tutore legalmente ed espressamente autorizzato, anche in nome e per conto dell'altro genitore, sollevando l'Associazione da ogni responsabilità in merito.

Luogo, data e firma: *Firma del Socio maggiorenne o Tutore del Socio minorenne.*

Luogo, data e firma: *[SOLO PER I SOCI MINORENNI] Controfirma del minore obbligatoria dai 16 anni.*