



acmt-RETE

ASSOCIAZIONE NAZIONALE DI VOLONTARIATO ONLUS
PER LA MALATTIA DI CHARCOT MARIE TOOTH

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Spett.le Gruppo Gestionale

Associazione Nazionale ACMT-Rete
Via Bellaria, 31 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO)

IL SOTTOSCRITTO

Il/la sottoscritt _____ Nome _____ Cognome _____

Nat _____ a _____ Prov. _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente in Via/Corso/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

Professione _____

Affetto da Indicare la patologia e la forma di CMT se si conosce	
Familiare/amico di Campo che compila solo il familiare di chi richiede l'ammissione	

Chiede di essere ammesso/a quale socio/a dell'associazione. Il/la sottoscritto/a si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di aver preso visione e accettare lo statuto sociale.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Ricevuta l'informativa **sull'utilizzazione dei miei dati personali** ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 consento al loro **trattamento** nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutarie. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Associazione Nazionale ACMT-RETE

Sede legale: via Bellaria, 31 - 40068 San Lazzaro di Savena (BO) - C.F. 91103730353
Banca Prossima - IT3100335901600100000157465
www.acmt-rete.it - mail: acmt-rete@acmt-rete.it