



RLS - ITALIA
SINDROME DELLE GAMBE
SENZA RIPOSO - APS
RESTLESS LEGS SYNDROME

IBAN: IT 46 B 05387 10804000003632860
C.F.: 95097300123

Intestatario: RLS – ITALIA ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE

MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE

RLS – ITALIA APS Associazione di Promozione Sociale

All'attenzione del Consiglio Direttivo

Il/la sottoscritto:

nato/a a: _____ Prov. _____ (_____)

Il:

Codice fiscale:

Residente in (via/piazza): _____ n. _____

del Comune di:

CAP: _____ Prov. _____

Tel: _____ Cell: _____

Indirizzo email: _____

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione di Promozione Sociale RLS-ITALIA per l'anno in corso come socio/a: ordinario. A tal proposito dichiaro di aver preso visione del documento della privacy e dello Statuto di RLS-ITALIA APS, di condividere gli scopi e le finalità, di volermi attenere a quanto esso prevede ed alle deliberazioni degli organi sociali.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati forniti possano essere utilizzati ai fini associativi atti a far pervenire informazioni più dettagliate riguardanti RLS-ITALIA APS e le attività svolte ai sensi del D.lgs. n. 101/2018 (decreto di adeguamento al GDPR 2016/679).

Inoltre il/la sottoscritto/a acconsente all'utilizzo del materiale sia esso fotografico, che audio e/o video registrato con le proprie immagini per eventuali diffusioni, pubblicazioni ed esposizioni curate da RLS-ITALIA APS o chi per essa ai sensi del D.lgs. n. 101/2018 (decreto di adeguamento al GDPR 2016/679).

Dichiara di essere: Maggiorennne / Minorenne

In questo secondo caso il/la sottoscritto/a _____

C.F. _____ in qualità di genitore o tutore autorizza l'associazione al rilascio della tessera sociale.

Data:

Firma: _____

La tessera, personale e non cedibile, dà diritto alla partecipazione alle assemblee sociali e a tutti gli eventi che vengono proposti dall'Associazione, previa prenotazione, nei tempi e nelle modalità proposte a seconda dei casi. La tessera ha validità per l'anno in corso del rilascio. L'aspirante socio dichiara che tutti i dati da lui/lei forniti nella presente domanda d'ammissione corrispondono al vero e di seguito sottoscrive e accetta quanto sopra riportato. Importo per la tessera sociale annuale € 30,00

Data: _____

Firma: _____