



MODULO DI RICHIESTA DI AMMISSIONE A SOCIO/A

Respiro Trebbia APS

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a come socio/a di Respiro Trebbia APS, dichiara di condividere le finalità dell'Associazione, di accettarne lo Statuto e di impegnarsi a rispettarne le disposizioni.

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Nome e cognome	_____
Data di nascita	___ / ___ / ____
Luogo di nascita	_____
Codice fiscale	_____
Comune di residenza	_____
Indirizzo	_____
CAP	_____
Telefono	_____
E-mail	_____

2. DICHIARAZIONI

- ☐ Dichiaro di condividere le finalità di Respiro Trebbia APS.
- ☐ Dichiaro di aver letto e di accettare lo Statuto dell'Associazione.
- ☐ Chiedo di essere ammesso/a a Respiro Trebbia APS in qualità di socio/a.
- ☐ Dichiaro di impegnarmi a rispettare lo Statuto, i regolamenti e le deliberazioni degli organi associativi.

3. QUOTA ASSOCIATIVA E CONTRIBUTO VOLONTARIO

Quota associativa annuale: € 10,00

Contributo volontario a sostegno delle attività: _____ €

Modalità: ☐ PayPal ☐ SumUp ☐ Bonifico ☐ Altro _____

4. PRIVACY

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e autorizzo Respiro Trebbia APS al trattamento dei miei dati per le finalità connesse alla gestione del rapporto associativo, secondo quanto indicato nell'informativa.

- ☐ Ho preso visione dell'informativa privacy.

5. FIRMA

Luogo e data	_____
Firma del/della richiedente	_____

RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Data ricezione	___ / ___ / ____	N. domanda	_____
Esito	☐ Ammesso/a ☐ Non ammesso/a	Data decisione	___ / ___ / ____
Quota ricevuta	€ _____	Data pagamento	___ / ___ / ____

Firma del responsabile: _____