

**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO**

Compilare e inviare a: AICMT Onlus

Via Cesare Battisti 53 Bis

CAP 10093 Collegno (TO)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_ ( )  
il \_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ , Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_ ,

telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ , cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ,

e-mail \_\_\_\_\_ ,

professione \_\_\_\_\_ ,

per conto proprio / quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_ ,

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ ,

residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione Italiana Charcot Marie Tooth Onlus

in qualità di:

- Paziente
- Familiare
- Operatore sanitario (specificare) \_\_\_\_\_
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Inoltre, il/la sottoscritto/a

**DICHIARA**

- di aver preso visione dello Statuto (in allegato) e di accettarlo in ogni punto;
- d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

**DICHIARA**

di essere disponibile a svolgere attività di volontariato nei seguenti ambiti:

- Grafica editoriale e web;
- Raccolta fondi;
- Traduzione tecnico scientifica;
- Collaborazioni scientifiche;
- Altro.....
- Non sono disponibile a svolgere attività di volontariato, desidero essere informato sulle novità della ricerca scientifica e sulle attività di AICMT Onlus;

**DICHIARA ALTRESI':**

- che le attività effettuate in qualità di volontario individuale verranno svolte per fini di solidarietà, a titolo gratuito e senza alcun carattere di prestazione lavorativa dipendente o professionale;
- di accettare espressamente di operare in forma coordinata con i referenti individuati dall'AICMT;
- di garantire la propria disponibilità a svolgere le attività individuate con continuità e per il periodo di tempo stabilito con i referenti;

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto / del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

Sì                       No

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

Sì                       No

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_