



## DOMANDA DI ADESIONE AI SERVIZI

Lanciano Lì \_\_\_\_\_

Socio n° SFS\_000\_\_\_\_\_  
(riservato alla segreteria)

La/Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nata/o \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. ( )

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Preso visione dello Statuto, chiede di aderire ai servizi dell'Associazione di Volontariato ONLUS  
"ASSOCIAZIONE DI PERSONE CON MALATTIERARE ABRUZZO" in qualità di \_\_\_\_\_.**

Ai sensi della Dlgs 196/2003 e successive modifiche autorizzo la conservazione e l'utilizzo dei miei dati personali per le esigenze inerenti le suddette attività formative, informative e per l'aggiornamento della  
**"A.P.M.R.A." Associazione di Persone con Malattie Rare Abruzzo.**

IL PRESIDENTE

FIRMA DEL RICHIEDENTE