Associazione Italiana Sindrome 'X-Fragile' ONLUS

SCHEDA DI ADESIONE AD
ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME X-FRAGILE ONLUS - SEZIONE TERRITORIALE SARDEGNA
(da compilare in stampatello e inviare a infosardegna@xfragile.net oppure spedire in vico Balli 3, 09080 Bidonì, Or)

Cognome _____ **Nome** _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

Indirizzo _____ **n.** _____ **Cap** _____

Città _____ **Prov.** _____

Telefono _____ **Cellulare** _____ **Fax** _____

e-mail _____

Numero figli _____ **Numero figli affetti da Sindrome X-fragile** _____

*Cognome e nome	*Data di nascita
1	
2	
3	
4	

*Questi dati si riferiscono ai figli affetti

Parente di altro socio **Sì** ☐ **No** ☐

Grado di parentela _____

Cognome e **nome** del **parente** _____

Chiede di aderire

quale: ☐ SOCIO EFFETTIVO ☐ SOCIO SOSTENITORE

alla **ASSOCIAZIONE SINDROME X FRAGILE ONLUS - SEZIONE TERRITORIALE SARDEGNA** con sede legale a Bidonì (Or), vico Balli 3, costituita in data 22 gennaio 2011 con atto costitutivo, condividendo finalità e scopi previsti nello Statuto.
A tale scopo versa la somma (*) di € _____ sotto forma di:
□ Versamento su c/c bancario IBAN IT19G0200804823000101304822, Unicredit Banca
□ Assegno bancario a favore di Associazione X Fragile Onlus, Sezione Territoriale Sardegna
□ Versamento in contanti nelle mani di: _____ con ricevuta n. _____
□ Altro: _____

(*) La quota minima associativa è di € 30,00 per ogni componente del nucleo familiare

Ai sensi dell'Art.10 della Legge n.675/96 "Tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto ai dati personali" la Associazione Sindrome X-Fragile Onlus, Sezione Territoriale Sardegna - titolare del trattamento - comunica che i dati personali da Voi forniti sono raccolti in una banca dati e potranno essere successivamente integrati e formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra dichiarata. Il trattamento è effettuato con mezzi informatici e non, con l'osservanza, in ogni caso, di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza dei dati. Siete informati inoltre che in relazione al trattamento potrete esercitare il diritto di cui all'art.13 della legge 31.12.1996 n.675.

Data _____ Firma _____

Io sottoscritto esprimo esplicitamente, attraverso questo modulo di richiesta, la mia volontà di aderire anche ad **Associazione Italiana Sindrome X Fragile Onlus** che rinuncia al versamento di ulteriori quote associative. La Sezione Territoriale trasmetterà la mia domanda al Consiglio Direttivo Nazionale che, ai sensi dello statuto vigente, provvederà a realizzare le relative procedure nel rispetto dell'autonomia patrimoniale, gestionale e di bilancio dei differenti soggetti giuridici.

Data _____ Firma _____