

**SCHEDA DI ADESIONE AD  
ASSOCIAZIONE SINDROME X-FRAGILE SEZIONE TOSCANA ONLUS**

(da compilare in stampatello e inviare a info@xfragiletoscana.it o spedire in via D. Bramante 9, 50142 Firenze)

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 _____	_____

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 TOSCANA** con sede legale a Siena, via D. Bramante 9 Firenze, costituita in data 16 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 Monte dei Paschi di Siena IBAN IT54Q010301420000009252943
- Assegno bancario a favore di Associazione Sindrome X-Fragile Sezione Toscana Onlus
- 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 Toscana - 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 \_\_\_\_\_