

RICHIESTA AMMISSIONE SOCIO

Inviare il modulo compilato in **TUTTE** le sue parti e firmato, insieme a distinta di pagamento a:

amministrazione@acar-aps.org

Al Consiglio Direttivo di ACAR Aps

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

CAP _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale _____

Professione _____

Telefono _____ email _____

Riconosciuto/a mezzo di documento di identità _____

n. _____

emesso il _____ da _____

SEZIONE DA COMPILARE PER SOCIO MINORE (in aggiunta ai suindicati dati del richiedente: genitore/tutore)

in qualità di esercente la potestà / tutela (*) sul minore _____

nat_ a _____ il _____

Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____ n. _____

(*) *cancellare la voce che non interessa*

CHIEDE

SEZIONE DA COMPILARE PER SOCIO MINORE

per il minore sopraindicato (**)

(**) *barrare la casella in caso di minore*



Associazione Conto alla Rovescia
per Malattia Esostosante, Malattia
di Ollier e Sindrome di Maffucci

l'ammissione all'Associazione, in qualità di:

- Socio Ordinario (quota annuale 10,00 €)
- Socio Sostenitore (quota annuale 50,00 €)

Allo scopo dichiara di:

- condividere i valori, i fini istituzionali e le modalità di lavoro di ACAR Aps;
- impegnarsi a rispettarne le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti, confermando a tal fine di conoscere e accettare lo statuto associativo, nonché i regolamenti in tema di lavori assembleari, di funzionamento degli organi sociali e della vita associativa in genere;
- impegnarsi a collaborare con gli organi sociali per la realizzazione delle finalità associative, astenendosi dall'intraprendere iniziative in contrasto con gli scopi dell'Associazione;
- impegnarsi al pagamento della quota sociale annuale nella misura di volta in volta stabilita dai competenti organi sociali.

Inoltre, si impegna:

- a. laddove assuma a qualunque titolo una posizione nell'organigramma di un'organizzazione terza presso la quale egli/ella presti la propria attività di affiancamento;
 - b. nel caso si trovi a svolgere in modo non occasionale attività di supporto pratico e concreto presso un'organizzazione terza con cui collabori (ente terzo) _____ ; attività che non rientrano né possono rientrare in quelle svolte tipicamente da ACAR Aps, che si concretano esclusivamente in un servizio prettamente intellettuale;
 - c. laddove sia iscritto ad un'associazione terza presso cui sta prestando la sua attività.
- a dare tempestiva notizia al Consiglio Direttivo di ACAR Aps quanto precede al fine di rendere manifesti e distinti i compiti e le responsabilità assunti nell'organizzazione terza e a quest'ultima dedicati.

Data _____ Firma _____

All'atto dell'iscrizione il Socio si impegna a versare la quota annuale via bonifico bancario.

ACAR Aps Associazione Conto alla Rovescia

CC c/o Poste Italiane

IBAN: IT93 X076 0103 2000 0007 2252 489 | c.c.p: 72252489 CIN: X ABI: 07601 CAB: 03200

Causale: "tipologia e nome socio – sigla dell'associazione e anno di riferimento della quota (es: socio ordinario Mario Rossi – ACAR 2024)".

A.C.A.R. Aps - Associazione Conto alla Rovescia

Piazza Pietro Merolli 2, Pal. B – 00151 Roma

Codice Fiscale 97410860585

✉ info@acar-aps.org www.acar-aps.org



Associazione Conto alla Rovescia
per Malattia Esostosante, Malattia
di Ollier e Sindrome di Maffucci

INFORMATIVA PRIVACY E DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Dichiara, inoltre:

- di aver visionato l'informativa di ACAR Aps sull'utilizzo dei dati personali propri / del minore sopraindicato (***) , presente sul sito (www.acar-aps.org) alla sezione Policy Privacy, redatta nel rispetto dei principi di protezione stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679 e della normativa nazionale in vigore, e di acconsentire al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento degli obblighi di legge.

Data _____ Firma _____

Dichiara, infine:

- Con la presente di prestare esplicitamente il proprio consenso al trattamento dei dati personali propri / del minore sopraindicato (***) concernenti la trasmissione, pubblicazione e/o diffusione di materiale audio, video o fotografico in cui il/la sottoscritto/a / il minore sopraindicato (***) appaia rappresentato o sia comunque riconoscibile; il tutto per la esclusiva e specifica finalità di pubblicazione sul sito web di ACAR Aps e su altri canali e piattaforma social all'interno di presentazioni in cui sia presente ACAR Aps.

(***) *cancellare la voce che non interesse*

Data _____ Firma _____