

MODULO DI RICHIESTA AMMISSIONE ALL'ASSOCIAZIONE "Rete Italiana Disabili aps"
ANNO 2026 SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a
_____ (____) il _____,
C.F. _____ residente a _____
CAP _____ Prov. _____ Via/Piazza _____ n.
_____, Professione (facoltativo) _____
Cellulare (facoltativo) _____ / _____, e-mail
_____, chiede per proprio conto di poter essere ammesso/a

in qualità di socio ordinario all'Associazione di Promozione Sociale "Rete Italiana Disabili".

Inoltre, il/la sottoscritto/a DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
 - d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale pari a € 30,00 valida solo per l'anno 2025. (iban IT63I0503439550000000011249 intestato a Rete Italiana Disabili)
- In caso di partecipazione a corsi o altre attività che prevedono un contributo, il socio si impegna al versamento dello stesso secondo l'attività scelta;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del Regolamento Ue n. 2016/679 come esplicitato nelle sezioni "informativa sul trattamento dei dati personali".

Luogo e data _____ Firma _____

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DELL'IMMAGINE Durante gli eventi svolti dall'associazione potranno essere realizzati video o scattate foto ove potrà essere presente la sua immagine singolarmente, oppure insieme ad altri partecipanti. Alla luce di ciò il/la sottoscritto/a _____ AUTORIZZA l'uso della sua immagine nel rispetto delle finalità divulgative delle attività associative tramite sito.

Firma