



Associazione Paraplegici delle Marche onlus
Rua Antonio Miliani 23 63100 Ascoli Piceno
tel.\fax. 0736252476
port. 3487765932
codice fiscale:92036180443

E-mail: apmarche@tiscali.it Pec: associazioneparaplegicimarche@pec.it

Sito: www.apmarche.org

MODULO DI ISCRIZIONE

Nome e cognome: _____
Luogo di nascita _____ () _____ Data di nascita _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Località _____ Provincia () _____
Tel. _____ Fax _____ E mail _____
Codice Fiscale _____
Portatile _____

Dichiara

Il proprio intento di aderire all'Associazione Paraplegici delle Marche ed a tal fine, si impegna ad accettarne senza riserve lo statuto

....., li

In fede

Quota associativa Euro 15 C/C POSTALE 31879083 _____

Causale. Quota associativa Associazione Paraplegici delle Marche

Patologia Para o tetra _____ Certificazione Legge 104/92 Si No

QUANTITA' E TIPO di orari per attivita' di volontariato da mettere a disposizione dei disabili dell'associazione, e da destinare agli eventuali corsi di aggiornamento organizzati dall'associazione stessa. (attività di segreteria nelle sezioni di zona)

Autorizzo il trattamento e la gestione dei dati immessi secondo quanto stabilisce il nuovo Regolamento Europeo (GDPR n. 679/2016) in materia di privacy e protezione dati personali.

....., li

In fede
