



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

E-mail: [apmarche@tiscali.it](mailto:apmarche@tiscali.it) Pec: [associazioneparaplegicimarche@pec.it](mailto:associazioneparaplegicimarche@pec.it)

Sito: [www.apmarche.org](http://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

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.**

**Non si trattano dati sensibili.**

....., li .....

In fede