

**DOMANDA DI ADESIONE**

All'Associazione VITALBA APS  
Via Monte Madonna 20  
00060 FORMELLO

Il/la sottoscritto/a .....  
(cognome) (nome)

nato/a a ..... il .....

residente in ..... Prov. ....

Via ..... CAP .....

Codice Fiscale.....

email.....

tel. .... cell. .... fax .....

presa visione dello Statuto e dichiara di accettarlo senza riserve, fa domanda di adesione all'Associazione VITALBA APS in qualità di

**SOCIO**

A tal fine ha versato la quota associativa annuale di .....€

Data ..... Firma .....

(Parte da compilare se vi sono disabili in famiglia)

Cognome e nome del disabile .....

residente in ..... Prov. ....

Via ..... CAP .....

Data di nascita ..... Rapporto di parentela .....

Patologia .....

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 Regolamento Generale Europeo in materia di Trattamento dei Dati Personali e del D. Lgs 196/2003 e successive modifiche, consente al trattamento dei dati personali e di quelli della persona disabile nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e con le modalità indicate nell'informativa medesima, allegata alla presente.

Data ..... Firma .....