#### 

#### "I paesi salveranno il mondo ma per salvare il mondo i paesi devono essere salvati"

MODULO ISCRIZIONE SOCI

L’iscrizione all’Associazione, in qualità di Socio/a, ha validità fino al 31/12/2024

Il/la sottoscritto/a

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_Nazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il: \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ indirizzo residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_CAP.: \_\_\_\_\_\_ Comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ professione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di:

* Singolo
* Legale rappresentante

CHIEDE

a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio/a dell’Associazione “LA CLINICA DEI PAESI APS” fino al 31/12/2024 in qualità di:

☐ SOCIO ORDINARIO – 50 Euro

☐ SOCIO GIOVANE – 35 Euro

Oppure di ammettere il seguente:

☐ ENTE DEL TERZO SETTORE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come SOCIO PARTNER - 500 Euro

☐ ENTE PUBBLICO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come SOCIO PARTNER ISTITUZIONALE - 1500 Euro

☐ ENTE PRIVATO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come SOCIO SOSTENITORE - 5000 Euro

fino al 31/12/2024. A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di essere legale rappresentante del, o delegato/a rappresentare il suddetto ente ai fini della presente iscrizione.

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto e di approvarlo in ogni sua parte, di condividere i principi e le finalità dell’Associazione e si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti.

Si impegna a versare la quota associativa annuale mediante il pagamento con bonifico (Si rimanda al pdf “modalità e quote associative 2024”.

A tal fine dichiara: di esonerare l'Associazione “LA CLINICA DEI PAESI APS” da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall’associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Si allega documento di riconoscimento.

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

*Per la tutela del diritto alla riservatezza trovano applicazione le disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. “Codice in materia di protezione dei dati personali” e al Regolamento (UE) 2016/679 “Regolamento Generale sulla Protezione dei dati” (GDPR). Il Responsabile del procedimento è Pietro Micucci. Se vuoi cancellare i tuoi dati dalla nostra lista puoi scrivere in qualsiasi momento una e-mail* info@clinicadeipaesi.it