

Associazione "RespiRARE" Campania ONLUS

per le malattie rare del polmone

MODULO DI ADESIONE

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione "RespiRARE" Campania onlus per le malattie rare del polmone c/o Sede AORN Az. Ospedaliera dei Colli "MONALDI" UOSD EUOC pneumotisiologia - Università Federico II* - NAPOLI TELEF 3807484742 - 3473770988-3357288600 - cod. fisc 95231630633

la sottoscritta _____ nata a _____

il ___ / ___ / ___ e residente in _____ alla Via _____

n. _____, CAP _____, cod. fisc _____, con i seguenti recapiti:

tel. fisso _____ cellulare _____ e mail _____

avendo preso visione dell'Atto Costitutivo e dello Statuto di codesta Associazione,

chiede

di poter aderire all'Associazione "RespiRARE" Campania onlus per le malattie rare del polmone, nella qualità di:

Socio ordinario (€ 20,00.)

Socio sostenitore (contributo libero)

Dichiara di condividere gli obiettivi espressi dallo Statuto e dai Regolamenti dell'Associazione e di voler contribuire alla loro realizzazione.

Si impegna

1. all'osservanza delle norme statutarie e regolamentari e delle disposizioni del Consiglio Direttivo.
2. a non utilizzare il nome dell'Associazione per attività di carattere commerciale, imprenditoriale o comunque per attività che abbiano scopo di lucro.
3. non utilizzare, a scopo di lucro, il materiale prodotto dall'Associazione e reso disponibile ai soci.
4. a fornire la propria disponibilità come volontario, per le seguenti attività:

Segreteria

- giorno/i _____ /mese, periodo _____, orario _____

Volantinaggio

- giorno/i _____ /mese, periodo _____, orario _____

Assistenza ai soci malati con problemi deambulatori o di ospedalizzazione

- giorno/i _____ /mese, periodo _____, orario _____

Volontariato presso strutture ospedaliere di riferimento dell'Associazione

- giorno/i _____ /mese, periodo _____, orario _____

Volontariato per promozioni e raccolta fondi

- giorno/i _____ /mese, periodo _____, orario _____

Altro _____

Prende atto che l'adesione è subordinata all'accettazione da parte del Consiglio Direttivo, come previsto dallo Statuto.

I versamenti potranno essere effettuati, come segue:

bonifico bancario intestato a *RespiRARE Campania onlus per le malattie rare del polmone* - BANCO POPOLARE SANT'AGATA DEI GOTI IBAN IT86J050347549000000005497- Assegno bancario/circolare non trasferibile intestato a *RespiRARE Campania onlus per le malattie rare del polmone*- In contanti presso la sede dell'Associazione o ai Soci e volontari a tanto incaricati, che ne rilasceranno ricevuta.

Napoli

Firma per accettazione

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003, recante disposizioni sul nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati da Lei forniti, formeranno oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività statutaria. Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto cartaceo e telematico idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento). Il titolare del trattamento dei dati è l'Associazione *RespiRARE Campania onlus per le malattie rare del polmone* con sede in Napoli c/o Sede AORN Az. Ospedaliera dei Colli "MONALDI" UOSD EUOC pneumotisiologia - Università Federico II* - TELEF 3807484742 - 3473770988-3357288600

IL RESPONSABILE DEI TRATTAMENTI DEI DATI PERSONALI E' IL PRESIDENTE PRO TEMPORE .