



SOCIETA' MUTUO SOCCORSO  
**CROCE AZZURRA**  
PUBBLICA ASSISTENZA PONTASSIEVE - ONLUS

**DOMANDA DI  
AMMISSIONE  
A SOCIO**

SEZIONE di

-----

Cognome e nome : \_\_\_\_\_

M  F  Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Frazione \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Domiciliato c/o (se diverso da residenza) \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

e. mail \_\_\_\_\_

Cellulare/Tel \_\_\_\_\_ Altro Recapito \_\_\_\_\_

**Altri componenti del nucleo familiare:**

1) Cognome e nome : \_\_\_\_\_

M  F  Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

e. mail \_\_\_\_\_

Cellulare/Tel \_\_\_\_\_ Altro Recapito \_\_\_\_\_

2) Cognome e nome : \_\_\_\_\_

M  F  Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Titolo di Studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

e. mail \_\_\_\_\_

Cellulare/Tel \_\_\_\_\_ Altro Recapito \_\_\_\_\_

per ulteriori componenti del nucleo familiare utilizzare un nuovo modulo.

Consenso ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/96 n° 675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

Il/la sottoscritto/a dichiara, per se e in nome e per conto dei propri familiari, di aver ricevuto l'informativa prevista dall'art. 10 della legge 675/96 di essere stato/a informato/a sul contenuto dell'art. 13 e dà il consenso al trattamento dei propri dati personali e di quelli dei propri familiari compresa la comunicazione ed il trattamento dei medesimi da parte di società di servizi che svolgono attività di elaborazione dati, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento di comunicazioni ai soci; professionisti e consulenti; società di assicurazione; istituti di credito; all'ANPAS e alle sue organizzazioni territoriali e settoriali; alla Fondazione PAS; all'Associazione Donatori Sangue Croce Azzurra Pontassieve; a tutte le altre società, enti e fondazioni partecipate e/o collegate con le quali la Croce Azzurra intrattiene rapporti, anche commerciali, o ad altro titolo per il raggiungimento degli scopi istituzionali; consapevole che le proprie dette comunicazioni ed i correlati trattamenti sono indispensabili per l'esecuzione delle obbligazioni derivanti dal proprio rapporto sociale, per le quali è previsto il consenso esplicito. Ovviamente, tale consenso potrà essere revocato a titolo individuale da ciascun componenti, in qualsiasi momento, inviando una comunicazione da inoltrare a mano, per lettera o posta elettronica agli uffici.amministrativi@croceazzurra.org

Dichiara, inoltre, di essere a conoscenza che le agevolazioni previste per i soci possono essere immediatamente utilizzate con la firma del presente modulo e il versamento della quota sociale e che la domanda viene accolta con riserva di ratifica da parte del Consiglio Direttivo dell'Associazione.

Firma del richiedente

Data \_\_\_\_\_

**Accertamento d'identità**

La presente domanda è stata sottoscritta in mia presenza dall'aspirante Socio, della cui identità sono certo mediante (barrare la voce che ricorre):  Conoscenza personale  Accertamento mediante verifica del seguente documento di riconoscimento:

tipo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Il Consiglio ha deliberato  
L'accettazione il

Firma del ricevente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_