

## ASSOCIAZIONE CURE PALLIATIVE DI PIOMBINO - ONLUS

**SCHEDA DI ADESIONE**

**SOCIO N.** \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/p.za \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ cod. fiscale \_\_\_\_\_

Titolo Studio \_\_\_\_\_ Professione\* \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Disponibile a svolgere attività di volontariato  **SI**  **NO**

Tipologia di volontariato:

Call center  Raccolta fondi  Distribuzione farmaci  Ass. Domiciliare

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver preso visione delle attività e delle finalità indicate nell'art. 3 dello Statuto sociale e di aderire in qualità di **socio ordinario** versando la quota annuale di iscrizione (importo minimo 10,00 euro).

Ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del Dlgs 196/03, consente l'uso dei propri dati per gli scopi in essa specificati.

Piombino \_\_\_\_\_

In Fede

\* dato facoltativo