



ASSMAF



ASSOCIAZIONE PER LO STUDIO
DELLA SCLEROSI SISTEMICA
E DELLE MALATTIE FIBROSANTI

RICHIESTA AMMISSIONE / VERSAMENTO QUOTA ASSOCIATIVA

Spett.le ASSMaF onlus

Via Pisana, 452 F

50143 Firenze

Il/La sottoscritto/a

(Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____ / _____ / _____

Residente a _____ Prov. _____

CAP _____ Via / P.zza _____ N° _____

Codice Fiscale

Telefono _____ / _____ Cellulare _____ / _____

E-mail _____ @ _____

CHIEDE

- di essere ammesso/a a far parte dell'ASSMaF onlus, uniformandosi all'osservanza dei regolamenti e delle deliberazioni statutarie, in qualità di:

Socio Ordinario

Volontario

- il versamento / rinnovo della quota associativa ad ASSMaF onlus.

Dichiara inoltre:

- di conoscere ed accettare integralmente lo Statuto ed il Regolamento dell'Associazione, di averli letti e di non ritenere esistente alcun motivo ostativo alla mia iscrizione in base alle norme ivi contenute;
- di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli organi associativi;
- di essere in regola con il pagamento della quota sociale per l'anno in corso, così effettuato:

- di essere a conoscenza che i dati personali contenuti nel presente modulo saranno trattati da ASSMaF onlus ai sensi della normativa vigente in materia e come meglio indicato nell'apposita informativa.

Luogo e data

Firma

Allegati da presentare al momento della consegna della domanda:

- Dichiarazione sostitutiva del Certificato del Casellario giudiziale e dei carichi pendenti;
- fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Scheda da inviare alla segreteria all'indirizzo associazione@assmaf-onlus.org

Per maggiori informazioni chiamare il numero 333/5956147 o visita il sito <http://www.assmaf-onlus.org/>