



DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO

Il/La sottoscritt _____

nato/a a _____ il _____ residente a _____

Via _____ CAP _____ Provincia _____

Cell. _____ Email _____

CHIEDE

Di essere ammesso come **Socio Ordinario** dell'Associazione Nazionale MoSE-Onlus per l'anno **2017** versando la quota di **€ 20.00** (euro venti/00) con la seguente causale: **EROGAZIONE LIBERALE per l' anno 2017 a favore di MoSE-Onlus per le finalità istituzionali previste nello Statuto Sociale.**

Il/la sottoscritto/a sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere affetto da disabilità di cui alla:

- a) **legge 381/70** (.....)*
- b) **legge 118/71** (.....)*
- c) **legge 104/92** (.....)
- d) **altro(specificare)**.....

(*mettere una crocetta alla voce che interessa)

DICHIARA

di acconsentire al trattamento dei dati personali del rappresentante legale dell'Associazione MoSE-Onlus ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 in relazione all'informativa fornita per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione medesima e per quanto attiene le misure necessarie all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie dell'Associazione medesima.

Firma leggibile

Addi _____