



## MODULO DI RICHIESTA ADESIONE SOCIO VHARESE

VHARESE APD APS

Al Consiglio Direttivo  
VHARESE APD APS  
Via Cairoli 5  
21100 Varese

### Il sottoscritto

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_

avendo preso visione dello Statuto **CHIEDE**

ADESIONE Vharese apd aps in qualità di **socio ordinario**

RINNOVO ADESIONE Vharese apd aps

a tale scopo **dichiara** di condividere gli obiettivi espressi all'art. 3 dello Statuto dell'Associazione Vharese apd aps e di voler contribuire alla loro realizzazione

**si impegna**

all'osservanza delle norme statutarie e delle disposizioni del Consiglio Direttivo  
inoltre versa

la quota associativa annuale di euro 20 secondo le modalità stabilite dal Consiglio Direttivo e approvate dall'Assemblea dei soci in quanto socio avrà diritto a essere iscritto nel libro soci, a partecipare alle attività associative e alle assemblee

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

In caso di minorenni o maggiorenne privo di voto  GENITORE  TUTORE

Cognome..... Nome.....

Nato a.....Prov..... il.....

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Telefono casa \_\_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Carta d'Identità n. \_\_\_\_\_

Valida sino al \_\_\_\_\_

### **PER GLI ATLETI**

**Con la firma di adesione alla Società Vharese apd aps, si dichiara di aver preso visione della valutazione dei rischi e delle misure di prevenzione del settore di appartenenza (barrare il settore di appartenenza) e che le stesse sono state illustrate dal referente di settore.**

CALCIO  BASKET  BOCCE  NUOTO  SCI

**VHARESE APD APS**

modulo 3 approvato del 10 settembre 2024

Associazione Polisportiva Dilettantistica per Disabili  
Via Cairoli, 5 – 21100 VARESE – E-mail [va007@fisd.it](mailto:va007@fisd.it)



## MODULO DI RICHIESTA ADESIONE SOCIO VHARESE

VHARESE APD APS

### PER TUTTI I SOCI

**Con la firma di adesione alla Società Vharese apd aps, si dichiara di aver preso visione del Modello Organizzativo e del Codice di condotta per la Tutela dei Minori e per la Prevenzione di ogni condizione di discriminazione così come previsto dalla normativa vigente.**

PRESA VISIONE

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI DEI SOCI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

preso atto che il D.Lgs 196 del 30 giugno 2003 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) prevede la necessità di informare gli interessati sulle nuove procedure a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

AUTORIZZO ALL'UTILIZZO DEI DATI PERSONALI e DICHIARO di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'Associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge

FIRMA \_\_\_\_\_

(per i minori firma del genitore o di chi ne fa le veci)

AUTORIZZO ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE dando il consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono/che ritraggono il minore che rappresento nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

FIRMA\* \_\_\_\_\_

(per i minori firma del genitore o di chi ne fa le veci)

\*non firmare in caso di non autorizzazione

I miei dati, pertanto, non potranno essere forniti, senza il mio consenso, a soggetti estranei all'Associazione per finalità diverse da quelle associative. Sono informato che il titolare dei dati è l'Vharese apd aps, nella persona del presidente pro tempore, che è responsabile del trattamento. Sono informato, altresì, che sono titolare dei diritti indicati dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali e che quindi posso chiedere aggiornamenti, rettificazioni, integrazioni e cancellazione dei dati che mi riguardano, con richiesta scritta al Presidente.

FIRMA \_\_\_\_\_

(per i minori firma del genitore o di chi ne fa le veci)

Data \_\_\_\_\_

ALLEGARE SOLO PER NUOVI ISCRITTI

1) FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA'

2) CRS

3) CERTIFICATO INVALIDITA'

4) FOTOGRAFIA

PARTE RISERVATA ALL'ASSOCIAZIONE

Il Consiglio Direttivo esprime parere:

FAVOREVOLE       CONTRARIO

All'ammissione in qualità di socio del richiedente

Dichiara, che sarà inserito nel libro soci con la qualifica di

**socio ordinario** al seguente n. progressivo \_\_\_\_\_

Varese, \_\_\_\_\_

Il Presidente

Il Segretario

**VHARESE APD APS**

modulo 3 approvato del 10 settembre 2024

Associazione Polisportiva Dilettantistica per Disabili  
Via Cairoli, 5 – 21100 VARESE – E-mail [va007@fisdir.it](mailto:va007@fisdir.it)