



MODULO DI RICHIESTA VOLONTARIO
ASSOCIAZIONE POLISPORTIVA DILETTANTISTICA PER DISABILI VHARESE

Al Consiglio Direttivo
APD VHARESE apd aps
Via Cairoli 5
21100 Varese

Il sottoscritto Cognome e Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ Cap _____

Telefono casa _____ telefono cellulare _____

Codice Fiscale _____ Carta d'Identità n.

avendo preso visione dello Statuto **CHIEDE**
DI PARTECIPARE ALLE ATTIVITA' DELL APD Vharese onlus in qualità di
volontario

a tale scopo **dichiara** di condividere gli obiettivi espressi all'art. 3 dello Statuto dell'Associazione APD Vharese apd aps che opera nel settore dello sport dilettantistico, svolge attività di promozione e sviluppo e coordinamento di iniziative ricreative, culturali rivolte a disabili e di voler contribuire alla loro realizzazione

si impegna

all'osservanza delle norme statutarie e alle disposizioni del Consiglio Direttivo

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

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 degli adempimento assicurativi

FIRMA _____

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

FIRMA* _____

*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'APD 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 _____

Data _____

ALLEGARE 1) FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' 2) CRS (per avviare documenti all'assicurazione)

Visto in Consiglio Direttivo il _____ inserito libro volontari il _____

Modello n. 1 approvato dal Consiglio Direttivo il 06/09/2023

VHARESE APD APS

Associazione Polisportiva Dilettantistica per Disabili
Via Cairoli, 5 – 21100 VARESE – E-mail va007@fisdir.it