



PUBBLICA ASSISTENZA SAUZE D'OU LX

Via della Torre 13 - 10050 -Sauze D'Oulx-TO

Tel. 0122-859159 - info@pasauze.org

CF: 05530120012 P.I. 11803240016

DOMANDA di ISCRIZIONE a SOCIO VOLONTARIO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

e residente a _____ via/piazza _____ civico ____ cap _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

Tel abitazione _____ Tel cellulare _____

Titolo di studio _____

Professione _____

Patente categoria ____ N° _____ rilasciata il _____ da _____

Vaccinazioni effettuate _____

Corsi svolti _____

Associazioni _____

Chiede di essere ammesso a codesta Associazione in qualità di SOCIO EFFETTIVO

Dichiara di aver preso conoscenza dello Statuto, del Regolamento e di impegnarsi al loro rispetto

Si allegano alla domanda :

- certificato medico di idoneità al Volontariato Sanitario
- 3 fotografie formato tessera

Data _____ Firma _____

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy resa ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento Europeo GDPR sul trattamento dei dati personali al fine di iscriverli all'associazione.

Data _____ Firma _____