

**MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE - SOCI / VOLONTARI**

 Al Consiglio Direttivo / Organo di amministrazione  
 dell'associazione "CSM APS"

Riservato alla segreteria

Via S. Maria, 39 - 04026 MINTURNO (LT)

ISCRIZIONE APPROVATA CON VERBALE

C.F. E P.IVA 03410561215

n. Oda - \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

www.csm-aps.it info@csm-aps.it pec@pec.csm-aps.it

 PERSONA FISICA

 SOGGETTO / ENTE PRIVATO / ETS

**MODULO D'ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE, IN QUALITÀ DI SOCIO E/O VOLONTARIO**

 Il/La sottoscritto/a Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ M/F 

nato/a a: \_\_\_\_\_ prov.: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP.: \_\_\_\_\_

comune di: \_\_\_\_\_ prov.: \_\_\_\_\_ professione: \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

**LEGALE AMMINISTRATORE DEL SOGGETTO CON DENOMINAZIONE<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_

sede legale in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP.: \_\_\_\_\_

comune di: \_\_\_\_\_ prov.: \_\_\_\_\_

CF: \_\_\_\_\_ P.IVA : \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

**GENITORE / TUTORE LEGALE DEL SOCIO / VOLONTARIO MINORENNE<sup>2</sup>**

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

Data e luogo di nascita: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

**CHIEDE** al Consiglio Direttivo di essere ammesso quale \_\_\_\_\_<sup>3</sup> - \_\_\_\_\_<sup>4 5 6</sup> dell'associazione

"CSM APS". **A tal fine dichiara** di avere preso visione dello Statuto nonché dei regolamenti approvati e in vigore, disponibili anche online sul sito istituzionale www.csm-aps.it ovvero nel portale RUNTS, di approvarli ed accettarli in ogni parte. **Dichiara** di condividere i principi e le finalità dell'associazione e si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti. **Dichiara** di esonerare l'Associazione "CSM APS" da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, a cose e/o persone, causati dal sottoscritto nello svolgimento di tutte le attività organizzate dall'associazione. Si chiede di ricevere ogni comunicazione attraverso l'invio di e-mail con indirizzo sopra indicato, sollevando ogni responsabilità per mancata ricezione o ritardi derivanti da problemi tecnici o errori di trascrizione dell'indirizzo. **Dichiara** di aver letto il prospetto informativo della polizza assicurativa RCT stipulata da CSM APS e di \_\_\_\_\_<sup>7</sup> interessato a polizze assicurative integrative oltre quella proposta e prevista per legge, accettando termini e condizioni stabilite dalla compagnia assicuratrice. L'ammissione sarà valida a partire dalla data del verbale di approvazione dell'Oda.

- \_\_\_\_\_ la volontà di essere cancellato dagli elenchi degli associati, senza alcuna altra comunicazione e in maniera tacita, laddove non dovesse versare la quota associativa entro 6 mesi dalla scadenza, riservandosi di potersi iscrivere nuovamente in qualsiasi momento.

**DICHIARA INOLTRE**

- di NON avere particolari esigenze in termini di autonomia e di comunicazione interculturale, necessità per l'accesso ai locali e per l'uso di servizi;
- ovvero di richiedere la seguente assistenza \_\_\_\_\_
- di NON dover assumere farmaci durante le attività dell'associazione;
- ovvero, relativamente all'assunzione di farmaci, ha le seguenti necessità \_\_\_\_\_
- di comunicare tempestivamente ogni variazione delle informazioni sopra riportate.

Minturno, li \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_  
 il richiedente / il legale amministratore

## Si allega

- Copia di un documento d'identità in corso di validità
- Informativa sulla privacy firmata

 Firma \_\_\_\_\_  
 il genitore / tutore legale

1 Da compilare nei casi di SOGGETTI / ENTI privati / ETS

2 Informazioni obbligatorie per richiedenti soci minorenni

3 Specificare se si desidera essere iscritti come soci, altrimenti lasciare il campo vuoto

4 Specificare se si desidera essere iscritti come VOLONTARI OCCASIONALI o NON OCCASIONALI, altrimenti lasciare il campo vuoto

5 In base agli artt. 4, 5 e 6 dello statuto

6 In base all'art. 17 dello statuto e dell'art. 17 del Decreto Legislativo 3 luglio 2017 n. 11765

7 In caso di interesse ad una polizza integrativa è necessario il versamento di una quota assicurativa aggiuntiva a quella prevista per legge.

### Informativa privacy

Gentile Signore/a, desideriamo informarLa, in qualità di Titolari del trattamento, che il Regolamento UE/2016/679 General Data Protection Regulation (G.D.P.R.), di immediata applicazione anche in Italia, in attesa dell'emanazione del Decreto previsto della Legge Comunitaria n. 163/2017 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R., pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. Il titolare del trattamento è l'associazione CSM APS con sede in via S. Maria, 39 a Minturno (LT), contattabile all'indirizzo mail [info@csm-aps.it](mailto:info@csm-aps.it) 2. Il responsabile del trattamento è Arcangelo Di Micco, Presidente dell'associazione, contattabile all'indirizzo mail [arcangelo.dimicco@gmail.com](mailto:arcangelo.dimicco@gmail.com) 3. I dati conferiti saranno trattati nel rispetto del GDPR garantendo la riservatezza e la protezione dei dati raccolti. 4. Il conferimento dei dati è necessario per l'instaurazione o il mantenimento del rapporto associativo e il raggiungimento delle finalità dell'associazione, e i dati conferiti saranno utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale, ed in particolare si informa: che i dati personali raccolti con la domanda di adesione all'associazione CSM APS verranno trattati per esclusive finalità associative, mediante elaborazione con criteri prefissati; che l'acquisizione dei dati personali è presupposto per l'instaurazione e mantenimento del contratto associativo e lo svolgimento dei rapporti cui la acquisizione è finalizzata; il trattamento sarà svolto manualmente (es. compilazione di registri, libri sociali ecc.) e anche mediante strumenti elettronici, e previa adozione delle misure tecniche e organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio.

Il trattamento sarà svolto dal Responsabile del Trattamento e dai soggetti da lui incaricati secondo apposite autorizzazioni. I dati raccolti saranno conservati per la durata del rapporto associativo. Si informa che l'associato ha il diritto di ottenere senza ritardo la conferma dell'esistenza dei dati personali che lo riguardano, la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi e della loro origine. Inoltre, l'associato ha il diritto di accesso ai dati, il diritto di chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento, il diritto di opporsi al trattamento, il diritto di revocare il consenso al trattamento, in qualsiasi momento, il diritto di fare reclami al Garante della Privacy.

Per presa visione e accettazione.

Minturno, li / /

Firma \_\_\_\_\_  
il richiedente / il legale amministratore

Firma \_\_\_\_\_  
il genitore / tutore legale

L'associazione CSM APS potrebbe utilizzare i dati dei soci per scopi diversi dal rapporto associativo puro e semplice, anche se ad esso connessi, e in particolare potrebbe passare a terzi l'invio di comunicazioni informative e promozionali contenenti la richiesta di partecipazione a iniziative, mostre, concorsi, cataloghi, riviste, interviste, partecipazione ad eventuali trasmissioni radiofoniche, televisive, WebTv o altro inerente al mondo dell'arte. L'invio di tali informazioni prevedranno obbligatoriamente una sua accettazione scritta.

**ACCONSENTO**

a ricevere comunicazioni informative e promozionali.

**NON ACCONSENTO**

Minturno, li / /

Firma \_\_\_\_\_  
il richiedente / il legale amministratore

Firma \_\_\_\_\_  
il genitore / tutore legale