

# DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'AVULSS

## AL CONSIGLIO DELL'ASSOCIAZIONE

AVULSS di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
*nome* *cognome*

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ codice fiscale° \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_

Eventuali corsi frequentati \_\_\_\_\_

avendo frequentato il CORSO BASE PER IL VOLONTARIATO SOCIO-SANITARIO tenuto

a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

—  
presa visione dello Statuto e del Regolamento dell'Avulss, chiede di essere ammess \_\_\_\_\_ a far parte dell'Associazione in qualità di

**Socio "OPERATORE VOLONTARIATO"**

Si impegna pertanto a condividere e attuare quanto richiesto dallo statuto e dal regolamento dell'Associazione medesima e, in particolare, a svolgere servizi di volontariato organizzato secondo lo spirito dell'Avulss nell'ambito della programmazione stabilita dai responsabili e a partecipare attivamente agli incontri di formazione permanenti e settoriali.

Allega alla presente

- Copia dell'attestato di frequenza al Corso Base e di idoneità al servizio di volontariato (se già in possesso);
- N° 1 foto formato tessera;
- Contributo annuale associativo per il corrente anno di € \_\_\_\_\_;

Prendo atto che i miei dati saranno trattati con mezzi informatici e utilizzati dall'Avulss nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari nonché da terzi, da voi selezionati, ai quali potranno essere ceduti ai fini di informarmi sulle loro attività. Resto fermo il mio diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione e opposizione al trattamento dei dati, secondo quanto previsto dal D. Lgs n.196 del 30 giugno 2003

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