

Alla  
**AIPD - ASSOCIAZIONE ITALIANA PERSONE DOWN - ONLUS**  
**SEZIONE DI AREZZO**  
V. Cavour 97  
52100 Arezzo  
Codice Fiscale 92039050510

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO COLLABORATORE**

Il sottoscritto .....

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

Residente in Via/Piazza ..... n° ..... CAP .....

Città ..... Provincia .....

Tel. .... Cel. .... E-mail .....

di professione ..... presso .....

con la presente

- Dichiaro di accettare lo statuto della AIPD sezione di AREZZO.
- Si impegna, nei limiti delle proprie possibilità e competenze, a prestare volontariamente e gratuitamente opera di collaborazione per l'attuazione ed il perseguimento degli scopi dell'associazione.
- Chiede di essere ammesso a far parte di codesta associazione in qualità di SOCIO COLLABORATORE, a norma degli artt. 3 e 4 dello statuto.

Data: .....

Firma: .....

Allegata ricevuta del versamento di € 10,00 quale quota associativa.

Prot. n° .....

Ammesso dal C.d.A. nella seduta del.....

Inserito nel libro dei soci al n° .....

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO  
N° 196/2003**

Si informa che i dati personali dei Soci della AIPD-Associazione Italiana Persone Down-Onlus-Sezione di Arezzo, da essi stessi forniti all'atto della iscrizione ed eventualmente modificati successivamente, sono registrati nella banca dati, informatica e cartacea, dell'AIPD-Associazione Italiana Persone Down-Onlus-Sezione di Arezzo e sono oggetto di trattamento in relazione alle sole finalità statutarie e di legge.

Tali soggetti tratteranno i Vostri dati per le stesse finalità suindicate, in qualità di Titolari di distinti trattamenti. Conferire da parte Vostra i dati personali è facoltativo. Titolare del trattamento è la AIPD-Associazione Italiana Persone Down-Onlus-Sezione di Arezzo, con Sede in Via Cavour 97 Arezzo.

Ai sensi del D. Lgs n° 196/2003, Voi godete di una serie di diritti fra i quali quello di conoscere l'esistenza di Vostri dati personali presso di noi, di chiederci la cancellazione, la rettificazione o l'aggiornamento degli stessi, di opporvi in tutto o in parte al trattamento.

Si prega di voler restituire il modulo allegato debitamente firmato.

Il Presidente

**DICHIARAZIONE DI LIBERO CONSENSO**

Preso atto di quanto sopra, consapevole dei diritti a noi riconosciuti dal D. Lgs n° 196/2003, espressamente e liberamente acconsentiamo al trattamento, alla comunicazione e alla diffusione dei nostri dati personali per le finalità indicate nello Statuto della AIPD-Associazione Italiana Persone Down-Onlus-Sezione di Arezzo.

Data .....

Firma .....