



ASSOCIAZIONE “VOCE DI...VENTO APS”

Autismo e altre disabilità intellettive

Sede legale: Via G. Ricciardi Napoli n. 10 /80142- tel. 3290780591

e-mail: voicedivento@gmail.com – sito web: www.voicedivento.it

Il sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

residente a.....CAP.....in via.....

chiede di poter aderire all’Associazione “**VOCE DI...VENTO APS**” in qualità di: (barrare con una X)

- **socio ordinario** (versano la quota di iscrizione annualmente stabilita dall’Assemblea)
 - **socio volontario** (versano la quota di iscrizione annualmente stabilita dall’Assemblea e prestano la propria opera in modo personale e gratuito)
 - **socio sostenitore** (oltre la quota ordinaria, erogano contribuzioni volontarie straordinarie)
- a tal proposito dichiara:

- di aver letto lo Statuto, di approvarlo e di condividerne gli ideali e gli scopi associativi;
- di versare regolarmente la **quota associativa annuale di euro 50,00** prevista quale contributo sociale;
- di autorizzare l’Associazione all’utilizzo di foto scattate e/o di riprese video effettuate durante eventi e manifestazioni organizzate dall’Associazione stessa;
- di dare consenso all’Associazione al trattamento dei dati riportati per i fini istituzionali ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (EU 2016/679 aggiornato alle rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell’Unione europea 127 del 23 maggio 2018).

La quota di iscrizione valida per l’anno 2024 pari ad € 50,00 deve essere effettuata con bonifico sul C/C bancario Intesa San Paolo con sede in Via Toledo,185-80132 Napoli IT55K0306909606100000183595 intestato a “VOCE DI VENTO APS”.

La domanda di iscrizione come socio ordinario deve essere inviata all’email dell’associazione con fotocopia del bonifico.

DATA_____

FIRMA_____