

MODULO ISCRIZIONE

IPPOGRIFO Associazione Volontari Segni

NOME		COGNOME
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE

1. CHIEDO DI ESSERE ISCRITTO ALL'ASSOCIAZIONE IPPOGRIFO
VOLONTARI DI PROTEZIONE CIVILE DI SEGNI;
2. DICHIARO DI CONOSCERE LO STATUTO ED IL REGOLAMENTO INTERNO
DELL'ASSOCIAZIONE E DI ACCETTARNE I CONTENUTI;
3. DICHIARO DI PRESTARE LA MIA OPERA **A TITOLO ESCLUSIVAMENTE
GRATUITO** COME STABILITO DALLE LEGGI VIGENTI;
4. SONO A CONOSCENZA CHE LA TESSERA SOCIALE NON SOSTITUISCE IL
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E PERTANTO OGNI MIO ABUSO
VERRA' PUNITO A NORMA DI LEGGE;
5. DICHIARO DI NON AVERE PRECEDENTI PENALI NE PENDENZE PENALI
IN CORSO;
6. AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI COME
STABILITO DALLA LEGGE 675/96 E DAL D.LGS. 196/03.

ALLEGO ALLA PRESENTE DOMANDA:

- FOTOCOPIA DOCUMENTO
- 2 FOTO TESSERA
- CERTIFICATO MEDICO DI SANA E ROBUSTA COSTITUZIONE

DATA

FIRMA _____

TIMBRO E FIRMA DELL'ASSOCIAZIONE