

Associazione Cardio Trapiantati Italiani
Sezione Roma-Onlus ETS - APS
Via Monte Forcelletta, 11 CAP 00054
Fiumicino Roma Codice Fiscale 97356970588

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

e residente in _____ C.A.P. _____ Via _____

Tel. _____ Cell _____

EMAIL _____

Cod. Fisc. _____ nella qualità di _____

(Specificare se: Medico, Paramedico, Tecnico, Cardiotrapiantato, Cardiopatico, Familiare, altro, ecc.)

CHIEDE di essere iscritto all' Associazione A.C.T.I Roma Onlus ETS - APS, accettando lo Statuto.

Per gli scopi associativi, si impegna a versare la quota sotto indicata:

- | | |
|---------------|-------------------------------------------------|
| A) Euro 30,00 | SOCIO EFFETTIVO |
| B) Euro 50,00 | SOCIO SOSTENITORE (Per attività istituzionali) |
| C) _____ | SOCI ONORARI |
| D) _____ | Per contributo volontario per scopi associativi |

Con osservanza.

Roma, _____

Firma _____

Sida atto di avere ricevuto l' informativa sull' utilizzo deidati personaliaisensi delD.Lgs.
196/2003 e consento il loro trattamento per il solo perseguimento degli scopi statutari
dell'Associazione.

Roma, _____

Firma _____

La presente richiesta deve essere spedita al Consiglio Direttivo dell'A.C.T.I. all'indirizzo sottoindicato ovvero a mezzo Raccomandata.

In conformità dell'art. 6 dello Statuto lo stesso Consiglio, entro due mesi dalla data di ricezione della domanda a comunicazione dell'avvenuta accettazione o diniego d'iscrizione all'Associazione