



Associazione di Volontariato e di Pubblica Assistenza
"CROCE D'ORO SUD PONTINO"

sede via Roma snc 04029 Sperlonga (LT)

C.F. 90061880598 - telefono/fax 0771/548377

sede secondaria viale Glorioso c/o Palazzo della Cultura 04020 Campodimele (LT)



DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ () il ____/____/____

residente a _____ () CAP _____

via _____ n. _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

per conto proprio o quale esercente la patria potestà genitoriale sul minore:

Cognome e Nome _____

nato/a _____ () il ____/____/____

residente a _____ () CAP _____

via _____ n. _____

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di:

- SOCIO ORDINARIO**
- VOLONTARIO ATTIVO**

alla Vostra Associazione di Volontariato "Croce d'Oro Sud Pontino".

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi del'art.13 D.Lgs. n.196/2003. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data _____ Firma _____

Si allega copia di un documento d'identità.

RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Domanda approvata nel Consiglio Direttivo del _____

ISCRIZIONE SOCIO nel registro dei Soci al N° _____

ISCRIZIONE VOLONTARIO nel registro volontari al N° _____



Associazione di Volontariato e di Pubblica Assistenza
"CROCE D'ORO SUD PONTINO"



sede via Roma snc 04029 Sperlonga (LT)

C.F. 90061880598 - telefono/fax 0771/548377

sede secondaria viale Glorioso c/o Palazzo della Cultura 04020 Campodimele (LT)



O.N.L.U.S.

SCHEDA INFORMATIVA VOLONTARI

(da compilare da chi ha richiesto di diventare Volontario Attivo)

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza/domicilio _____

Cod. Fiscale _____

Stato Civile _____ Gruppo Sanguigno _____

Professione _____

Datore di lavoro _____

Telefono Casa-Cellulare-Lavoro _____

Indirizzo posta elettronica _____

Patente cat. _____ CAP/CQC _____ Altre abilitazioni _____

Medico Curante _____ Allergie _____

Limitazioni fisiche _____

Donatore di: Sangue Organi

Attitudini particolari _____

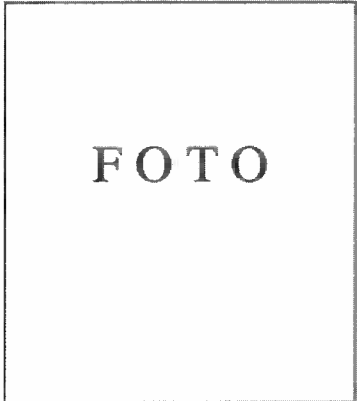
Servizio Militare: Assolto Esente /Non dovuto Obietto di Coscienza

Eventuali specializzazioni: _____

Servizio Civile: _____

Formazione : _____

Esperienze rilevanti: _____



DICHIARA sotto la propria responsabilità di non aver ricevuto condanne penali e di non aver procedimenti penali in corso.

- Si allegano: - n.2 fototessera (se possibile in formato digitale)
 - Certificato medico di sana e robusta costituzione o certificazione equivalente

Luogo e data _____ Firma _____