



MODULO DI ISCRIZIONE SOCIO

Spazio riservato alla Segreteria

Cognome _____ Nome _____ iscritto dal _____ tessera nr. _____

Il segretario
timbro e firma

Per sottoscrivere il tesseramento del socio è necessario compilare completamente il presente modulo e la dichiarazione sostitutiva di certificazione. Sono inoltre necessarie nr. fotografie dell'iscritto in formato tessera.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 e residente a _____ prov. _____ in via _____ nr. _____
 CAP _____ doc. identità tipo e numero _____ codice fiscale _____
 tel. cellulare _____ tel. casa _____ email _____

RICHIEDE

a norma di quanto espressamente stabilito dallo Statuto e Regolamento, che accetta integralmente, di essere ammesso nell'Associazione presso la sezione di _____ in qualità di socio:

(barrare una sola tipologia) OPERATIVO SOSTENITORE GIOVANE
 COLLABORATORE BENEMERITO JUNIOR

dichiarando sul proprio onore di essere in possesso dei diritti civili e di non aver riportato condanne penali.

Dichiaro altresì di essere disponibile per le seguenti attività:

(barrare una o più voci) ANTINCENDIO ECOLOGICHE ALTRO
 PROTEZIONE CIVILE LOGISTICHE

Altre informazioni del Socio:

Professione _____ Titoli di studio _____

Brevetti e/o Abilitazioni varie _____

Patente di guida tipo _____ Hobby e Sport praticati _____

Gruppo sanguigno _____ Rh _____ Disponibilità a donazione sangue: SI NO

Appartenenza ad altre Associazioni _____

Data _____ Firma _____
Firma del nuovo socio (o del genitore se minorenne) (firma del Coordinatore di Sezione)

Nome e Cognome del socio presentatore _____
(firma del Socio Presentatore)

Dopo aver presa visione dell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del Dlgs 193 del 30/06/03 :

Do il consenso	Nego il consenso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alla trattazione dei miei dati personali da parte dell'Associazione VAB per fini istituzionali dell'Associazione stessa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	all'acquisizione del mio numero di telefono cellulare
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alla presenza di esso negli archivi consultabili dai soci
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	per quanto riguarda i miei dati sensibili

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso l'Associazione non potrà dar corso a tutte quelle pratiche, attività, corsi e quant'altro necessari della trattazione dei miei dati personali. Dichiaro inoltre che i dati da me forniti in questo modulo risultano veritieri ed aggiornati ad oggi.

_____, li _____
Firma del nuovo socio (o del genitore se minorenne)

INFORMATIVA AI SENSI DEL DECR. LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196
CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Con l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, recante disposizione per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, la MASSARO AMBULANCE. (associazione di volontariato) con sede in castrovillari, Via S. Sebastiano, 76 C.F. 94026850787 in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti il "trattamento" dei dati personali.

Fonte dei dati personali

I dati personali trattati dalla MASSARO AMBULANCE sono raccolti direttamente presso i soci

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati

I dati personali sono trattati nella normale attività associativa secondo le seguenti finalità:

- Finalità connesse alla gestione dei rapporti: con i Soci, le Sezioni, i Distaccamenti, i Gruppi
- Finalità connesse all'ottemperanza dei doveri statutari
- Finalità connesse all'organizzazione, sia gestionale che operativa, delle singole Sezioni, Distaccamenti, Gruppi
- Finalità connesse agli obblighi previsti da Leggi, Regolamenti, dalla normativa Europea, da disposizioni impartite dall'autorità giudiziaria a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo

Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali avviene con strumenti manuali, informatici, fotografici, telematici e di telecomunicazione con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I dati personali e sensibili saranno comunque trattati soltanto nel periodo in cui il socio manterrà la qualità di "Socio dell'Associazione MASSARO AMBULANCE".

Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

Per lo svolgimento dell'attività associativa, i dati personali dei soci possono essere comunicati a tutte quelle figure pubbliche o private con le quali l'Associazione ha rapporti per lo svolgimento delle proprie mansioni (Es. Assicurazioni, Enti Locali, Comuni, Regioni, AUSL, Prefetture, CFS, Dipartimento di Protezione Civile, Ministeri).

Diritti di cui agli Artt.7, 8, 9 e 10

Informiamo che gli Artt. 7, 8, 9, 10 della legge conferiscono ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o no di propri dati personali e che tali dati siano messi a sua disposizione in forma intelleggibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica, o se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Responsabili del Trattamento

All'interno della Struttura Regionale, delle Sezioni, dei Distaccamenti, dei Gruppi, saranno nominati dei responsabili che dovranno garantire la sicurezza, la riservatezza ed il rispetto delle procedure dei dati personali.

Archivio storico

In caso di perdita della qualità di socio ogni dato personale sensibile ed ogni elemento concernente l'interessato sarà conservato nell'archivio storico dell'Associazione in forma anonima. Questa procedura sarà automatica e non reversibile se entro 30gg dalla data di notifica della perdita della qualità di socio non perverrà alla Segreteria di Sezione o Distaccamento di appartenenza od alla Segreteria Regionale lettera raccomandata, a firma dell'interessato, recante disposizioni diverse da quella di conservazione nell'archivio storico della VAB.

Altre informazioni potranno essere richieste al proprio Coordinatore di Sezione

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15, art.3, comma 10, L.15 marzo 1997 n. 127, art.1, Dpr 20 ottobre 1998 n. 403-) (art.46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto nato a il
e residente a prov. in via nr.
Codice Fiscale

consapevole che in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale, che comporta inoltre la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere in possesso in perfetta idoneità psico-fisica;
- di essere privo di qualsivoglia impedimento che possa ostacolare lo svolgimento delle mansioni assegnate o da impedirgli il pieno adempimento dei suoi doveri.

..... , li
Firma del nuovo socio
(o del genitore se minorenne)

LA FIRMA NON DEVE ESSERE AUTENTICATA (Art.2 L.4 gennaio 1968 n.15, art. 3, comma 10, L.15 maggio 1997n. 127)
La presente dichiarazione sostituisce la normale certificazione ed ha la stessa validità temporale del certificato che sostituisce.