



Modulo iscrizione - anno 2024

Al Consiglio Direttivo
dell'Associazione
Libera Voce APS

Via Stefanoni s.n.c. - Montefiascone (VT)

Il/La sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Nato/a il: ____/____/____ A: _____ Provincia: _____

Codice fiscale: _____

Residente a: _____ Indirizzo: _____ N° _____

Cellulare: _____

E-Mail: _____

► **CHIEDE** di entrare a far parte dell'Associazione Libera Voce APS per l'anno corrente in qualità di **associato**.

► **A tal fine dichiara:**

1. di avere preso visione dello Statuto dell'Associazione, di approvarlo e accettarlo incondizionatamente in ogni sua parte, come pure le delibere del Consiglio Direttivo e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione;
2. di impegnarsi a versare la quota associativa annuale di € **15,00** mediante il pagamento tramite bonifico, Paypal o con contanti alla consegna del presente modulo, i quali verranno restituiti nel caso in cui la domanda venga respinta (IBAN: IT64X0832773160000000000595);
3. di accettare che l'associato, se non rinnovata tale posizione a partire dal 01.01.2023, è sospeso dal proprio stato e gli sono negati i diritti acquisiti nell'Associazione e che conseguentemente lo status di socio decade automaticamente il 31.12.2023;
4. di esonerare l'Associazione Libera Voce APS da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto/a dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa;
5. di non utilizzare il nome dell'Associazione per attività di carattere commerciale, imprenditoriale o comunque per attività che abbiano scopo di lucro.
6. ☐ di **non** voler essere aggiunto al gruppo Whatsapp dell'Associazione.

DATA

FIRMA

- IN CASO DI TESSERAMENTO DI MINORENNE:

In qualità di genitore e/o tutore legale e/o esercente la potestà genitoriale del minorenne:

Il/La sottoscritto/a:

Nome: _____ **Cognome:** _____ **Sesso:** ☐ M ☐ F

Nato/a il: ____/____/____ **A:** _____ **Provincia:** _____

Residente a: _____ **Indirizzo:** _____ **N°** _____

Cellulare: _____

E-Mail: _____

► **DICHIARA**

- Di accettare che il minorenne tesserato partecipi alle attività, incontri, eventi previsti nel calendario dell'Associazione

► **CHIEDE**

- Che il minorenne venga tesserato all'Associazione Libera Voce APS, con sede legale: Via Stefanoni s.n.c. - Montefiascone (VT) - 01027, PI:02049380567

DATA

FIRMA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

INFORMATIVA AI SENSI DELL' art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. i dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'Associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., il titolare dei dati ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Inoltre, il/la Sottoscritto/a acconsente all'utilizzo del materiale fotografico ed audio video registrato con proprie immagini per eventuali pubblicazioni ed esposizioni curate dall'Associazione Libera Voce APS o chi per essa (ai sensi della L. 196/2003).

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa, consapevole che il mio mancato consenso comporterà l'impossibilità di ottenere l'iscrizione all'Associazione.

DATA

FIRMA

N.B. Per qualsiasi chiarimento contattare l'Associazione Libera Voce APS:



noisiamoliberavoce@gmail.com



www.liberavoce.it