**AL CONSIGLIO DIRETTIVO**

**DELL’ASSOCIAZIONE “WE CARE”**

**CF: 95211660105**

**MODULO ISCRIZIONE SOCI**

**(mod 3.2023)**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia :\_\_\_\_\_Nazione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ indirizzo residenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ professione:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Paziente Familiare

 Volontario/a disponibile a collaborare nelle aree (indicare preferenze):

 **0** presenza in Day Hospital; **0** sviluppo progetti assistenza; **0** organizzazione eventi; **0** amministrazione;

 **0** presenza ai mercatini; **0** varie

**CHIEDE**

a questa Associazione di essere ammesso quale socio/a della stessa in qualità di:

 Socio (quota annuale minima 10.00 euro)

 Socio Sostenitore (quota annuale minima 50.00 euro)

 versando la somma di € \_\_\_\_\_\_\_ per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ovvero** impegnandosi aversarlatramite bonifico all’ ***IBAN IT71 N030 6909 6061 0000 0165 966***

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto ( <https://www.associazionewecare.org>) di approvarlo in ogni sua parte, di condividere i princìpi e le finalità dell’Associazione e di impegnarsi a rispettare le disposizioni statutarie e le delibere degli organi sociali costituiti.

Dichiara inoltre di esonerare l'Associazione “**We Care**” da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potessero derivare al/la sottoscritto/a dallo svolgimento delle attività organizzate dall’Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Genova \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Ricevuta dalla Segreteria il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Approvata dal Consiglio Direttivo nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |



*Gentile Signore/a,*

*desideriamo informarLa, in qualità di Titolari del trattamento, che i suoi dati personali saranno trattati come previsto dal Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) e dal D.lgs. 30.06.2003, n. 196 come modificato dal D.lgs. 10.08.2018, n. 101. Secondo la normativa indicata, i suoi dati saranno trattati seguendo principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R. le forniamo le seguenti informazioni:*

*1. Il titolare del trattamento è l’Associazione We Care con sede in Via Malta 2, 16121 Genova, contattabile all’indirizzo email info@associazionewecare.org. e responsabile del trattamento è Rossana Chieri, Presidente dell'Associazione, contattabile al medesimo indirizzo;*

*2. I dati saranno trattati garantendo la riservatezza e la protezione degli stessi e utilizzati esclusivamente per lo svolgimento dell’attività istituzionale mediante elaborazione con criteri prefissati; in particolare:*

*\* i dati personali raccolti con la domanda di adesione verranno trattati per esclusive finalità associative e la loro acquisizione é presupposto per l'instaurazione e mantenimento del contratto associativo;*

*\* il trattamento sarà svolto manualmente e mediante strumenti elettronici previa adozione delle misure tecniche e organizzative garantendo un livello di sicurezza adeguato ai rischi; sarà svolto dal Responsabile del Trattamento e dai soggetti da lui incaricati e i dati raccolti saranno conservati per la durata del rapporto associativo.*

*\* l'associato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza dei dati personali che lo riguardano, la comunicazione dei medesimi, di chiederne rettifica, cancellazione o limitazione del trattamento, di opporsi al trattamento, di revocare il consenso al trattamento, di fare reclami al Garante della Privacy.*

*Per presa visione e accettazione: (firma e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

□ Acconsento a ricevere informazioni su attività promozionali a fine associativo

□ Non acconsento a ricevere informazioni su attività promozionali a fine associativo

*(firma e data) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |
| --- |
| N.B.Le comunicazioni dell'Associazione saranno inviate via e-mail e per coloro che non abbiano indirizzo di posta elettronica tramite sms e saranno comunque consultabili sul sito. |

*Associazione WE CARE odv, Via Malta 2/10 16121 GENOVA tel.335 7505335*

*Codice registro reg.le n.ODV-GE-024-2020 - C.F. 95211660105*

*IBAN IT71 N030 6909 6061 0000 0165 966*

 *info@associazionewecare.org - Associazione.wecare@pec.it*