

ALL' ASSOCIAZIONE ITALIANA PERSONE DOWN – SEZIONE DI ROMA – ONLUS  
VIA FULCIERI PAULUCCI DE' CALBOLI, 54 – 00195 ROMA

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO ORDINARIO**

La/il Sottoscritta/o .....  
Nata/o a ..... il.....  
Domiciliata/o in .....  
Via..... N° ..... Tel.....  
CAP ..... Città ..... Prov ..... Circostrizione.....  
E mail.....  
Di professione ..... presso .....  
Nella qualità di (1) .....  
Della persona con Sindrome di Down (cognome e nome) .....  
Nata/o a ..... Il .....

DICHIARA di accettare lo Statuto sia dell' AIPD Sezione di ROMA sia quello della Sede Nazionale;

SI IMPEGNA, nel limite delle proprie possibilità e competenze, a prestare volontariamente e gratuitamente opera di collaborazione per l'attuazione ed il proseguimento degli scopi dell' Associazione;

CHIEDE di essere ammesso a far parte di codesta Associazione in qualità di SOCIO ORDINARIO, sia della Sezione di Roma sia che della Sede AIPD Nazionale, a norma degli articoli 3 e 4 dei relativi Statuti.

.....  
Data

.....  
Firma

(1)  
Genitore  
Fratello  
Sorella  
Tutore  
Persona con Sindrome di Down

INFORMATIVA E RICHIESTA DI ASSENZO AL TRATTAMENTO DATI

SCHEDA DA COMPILARE DAL GENITORE ALL'ATTO DELL'ISCRIZIONE A SOCIO  
DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PERSONE DOWN SEZIONE DI ROMA ONLUS  
RIFERIMENTO ALLA LEGGE 675/96

1. Autorizzo l'uso dei miei dati personali, numeri telefonici e indirizzi per essere informato sulle attività, riunioni, incontri nell'ambito delle finalità previste dallo Statuto dell'AIPD Sezione di Roma ONLUS, deliberate dal C.d.A. da parte della Segreteria stessa.

SI

NO

2. Autorizzo l'uso dei miei numeri telefonici e indirizzi per essere informati su riunioni e incontri organizzati nell'ambito delle attività e dell'organizzazione dell'AIPD Sezione di Roma ONLUS, con deliberazioni del C.d.A. della stessa, da parte di uno o più genitori in veste di coordinatori o organizzatori.

SI

NO

3. Autorizzo l'uso dei miei numeri telefonici e indirizzi da parte dei Soci a scopo di scambio di informazioni e contatti interpersonali.

SI

NO

4. Autorizzo l'uso dei dati personali miei e di mio/a figlio/a per svolgere attività di ricerca e studio inerenti la Sindrome di Down, promosse o svolte da tecnici e operatori in collaborazione con l'AIPD Sezione di Roma.

SI

NO

5. Autorizzo l'uso dei dati personali e di natura clinica riguardanti mio/a figlio/a da parte di Operatori del Servizio di Informazione e Consulenza (S.I.C.), per i progetti di studio e ricerca, approvati dal C.d.A della Sezione di Roma, nell'ambito delle finalità dello Statuto della Associazione Italiana Persone Down Sezione di Roma ONLUS.

SI

NO

Roma, li .....

Cognome e Nome .....

Telefoni .....

Indirizzo ..... CAP ..... Città .....

FIRMA

.....