



Associazione Conto alla Rovescia
per Malattia Esostosante, Malattia
di Ollier e Sindrome di Maffucci

RICHIESTA AMMISSIONE SOCIO

Inviare il modulo compilato in TUTTE le sue parti e firmato, insieme a distinta di pagamento a:
amministrazione@acar-aps.org

Al Consiglio Direttivo di ACAR Aps

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____
CAP _____ in Via/Piazza _____
Codice fiscale _____
Professione _____
Telefono _____ email _____

Riconosciuto/a mezzo di documento di identità _____
n. _____
emesso il _____ da _____

SEZIONE FACOLTATIVA (da compilare solo se si desidera iscrivere un minore)

SEZIONE DA COMPILARE PER SOCIO MINORE (in aggiunta ai suindicati dati del richiedente: genitore/tutore)
Campi in cui inserire i **dati del minore**:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Codice Fiscale _____

CHIEDE

di essere ammesso all'Associazione, in qualità di:

- Socio Ordinario** (quota annuale 10,00 €)
- Socio Sostenitore** (quota annuale 50,00 €)

A.C.A.R. Aps - Associazione Conto alla Rovescia
Piazza Pietro Merolli 2, Pal. B – 00151 Roma
Codice Fiscale 97410860585

✉ info@acar-aps.org 🌐 www.acar-aps.org



Associazione Conto alla Rovescia
per Malattia Esostosante, Malattia
di Ollier e Sindrome di Maffucci

Allo scopo dichiara di:

- condividere i valori, i fini istituzionali e le modalità di lavoro di ACAR Aps;
- impegnarsi a rispettarne le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti, confermando a tal fine di conoscere e accettare lo statuto associativo, nonché i regolamenti in tema di lavori assembleari, di funzionamento degli organi sociali e della vita associativa in genere;
- impegnarsi a collaborare con gli organi sociali per la realizzazione delle finalità associative, astenendosi dall'intraprendere iniziative in contrasto con gli scopi dell'Associazione;
- impegnarsi al pagamento della quota sociale annuale nella misura di volta in volta stabilita dai competenti organi sociali.

Inoltre, si impegna:

- a. laddove assuma a qualunque titolo una posizione nell'organigramma di un'organizzazione terza presso la quale egli/ella presti la propria attività di affiancamento;
 - b. nel caso si trovi a svolgere in modo non occasionale attività di supporto pratico e concreto presso un'organizzazione terza con cui collabori (ente terzo) _____ ; attività che non rientrano né possono rientrare in quelle svolte tipicamente da ACAR Aps, che si concretano esclusivamente in un servizio prettamente intellettuale;
 - c. laddove sia iscritto ad un'associazione terza presso cui sta prestando la sua attività.
- a dare tempestiva notizia al Consiglio Direttivo di ACAR Aps quanto precede al fine di rendere manifesti e distinti i compiti e le responsabilità assunti nell'organizzazione terza e a quest'ultima dedicati.

Per fini di rubricazione, indicare che rapporto si ha con le patologie (anche più opzioni):

- Paziente Osteocondromi Multipli (M. Esostosante) Caregiver Osteocondromi Multipli (M. Esostosante)
 Paziente Encondromatosi (Ollier/Maffucci") Caregiver Encondromatosi (Ollier/Maffucci")
 Nessuno

Data _____

Firma

All'atto di iscrizione il socio si impegna a versare la quota annuale tramite bonifico bancario

ACAR Aps Associazione Conto alla Rovescia

CC c/o Poste Italiane

IBAN: IT93 X076 0103 2000 0007 2252 489 | c.c.p: 72252489 CIN: X ABI: 07601 CAB: 03200

Causale: "nominativo - tipologia socio e anno della quota (es: Mario Rossi - socio ordinario 2024)".

A.C.A.R. Aps - Associazione Conto alla Rovescia

Piazza Pietro Merolli 2, Pal. B – 00151 Roma

Codice Fiscale 97410860585

✉ info@acar-aps.org 🌐 www.acar-aps.org



Associazione Conto alla Rovescia
per Malattia Esostosante, Malattia
di Ollier e Sindrome di Maffucci

INFORMATIVA PRIVACY E DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Dichiara, inoltre:

- di aver visionato l' informativa di ACAR Aps sull'utilizzo dei propri dati personali, presente sul sito (www.acar-aps.org) alla sezione Policy Privacy, redatta nel rispetto dei principi di protezione stabiliti dal Regolamento GDPR 2016/679 e della normativa nazionale in vigore, e di acconsentire al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento degli obblighi di legge.

Data _____

Firma

Dichiara, infine:

- Con la presente presta esplicitamente il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali concernenti la trasmissione, pubblicazione e/o diffusione di materiale audio, video o fotografico in cui il/la sottoscritto/a appaia rappresentato o sia comunque riconoscibile; il tutto per la esclusiva e specifica finalità di pubblicazione sul sito web di ACAR Aps e su altri canali e piattaforma social all'interno di presentazioni in cui sia presente ACAR Aps.

Data _____

Firma
