

DOMANDA DI ADESIONE 2026/2027

Da compilare e inviare a turni@senzamargini.org

Il sottoscritto chiede di aderire all'Associazione Senza Margini ODV in qualità di:

☐ **VOLONTARIO**

Collabora operativamente alle attività di servizio

☐ **SOCIO VOLONTARIO**

Collabora operativamente alle attività di servizio e partecipa alla vita associativa impegnandosi a rispettare lo scopo sociale e a seguire le direttive dell'associazione

Si può barrare solo una delle due opzioni.

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ CAP _____

IN _____

CODICE FISCALE _____

CELL _____ EMAIL _____

☐ **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Dichiaro di aver letto l'informativa privacy e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità associative e per l'adempimento degli obblighi di legge.

DATA _____

FIRMA

Solo i Soci sono tenuti al pagamento della Quota Associativa Annuale 2026/2027 per l'importo di euro 10,00 preferibilmente tramite bonifico bancario sul conto intestato a

Senza Margini ODV

IBAN: **IT24B0306909606100000146451**

Causale: **nome e cognome del richiedente**

L'adesione potrà essere confermata solo dopo la ricezione del pagamento e la delibera del Consiglio direttivo.