



# ADHD Campania odv



## RICHIESTA DI AMMISSIONE a SOCIO

Al Consiglio Direttivo Organizzazione di Volontariato ADHD CAMPANIA OdV Iscritta al Registro Regionale Volontariato - Decreto 648 11/08/2016 Sede legale: Via Napoli 224 82100 Benevento - C.F. 92053300627						<b>Socio N°</b>  ..... a cura della Segreteria
Coordinate Bancarie – <b>Banca Sella</b>		CIN	ABI	CAB	Numero Conto Corrente	
<b>IBAN</b>	<b>IT</b>	<b>81</b>	<b>F</b>	<b>03268</b>	<b>15001</b>	<b>052113518240</b>
<b>IT81F0326815001052113518240</b>			<b>Intestato a ADHD Campania OdV</b>			
Modalità di versamento della quota (*)						

Il sottoscritto (cognome) ..... (nome) .....

Nato a ..... il ...../...../..... C.F. ....

Residente a ..... Prov. .... CAP .....

Indirizzo .....

Telefono casa ..... Cellulare .....

E-mail ..... Fax .....

Professione ..... Titolo di studio .....

Con la presente chiede di diventare socio di ADHD Campania OdV a tempo indeterminato ed a tal fine dichiara:

- Di possedere i requisiti per l'iscrizione ai sensi dell'art.5 dello Statuto e di appartenere alla seguente categoria:  
 Genitore di bambino/ragazzo/adolescente ADHD  Adulto ADHD  Medico  Psicologico  Insegnante  
 Psico-Pedagogista  Educatore Professionale  Operatore Socio-sanitario  
 Addetto alla riabilitazione  Operatore Scolastico  Altro
- Di condividere senza riserve le finalità dell'Associazione ADHD Campania OdV e di essere disposto ad approvarne e osservarne scrupolosamente lo Statuto e il Regolamento.
- Di scegliere per la propria convocazione in assemblea per l'esercizio del voto, il seguente mezzo di comunicazione, ai sensi dell'art.8.2 dello Statuto (barrare solo una casella):  
 **E-mail all'indirizzo sopra comunicato.**  
A tal fine il sottoscritto dichiara di rinunciare espressamente ad opporre all'Associazione al suo/suoi rappresentante/i la mancata ricezione dell'e-mail di convocazione ad assemblea ai fini della validità delle assemblee stesse, assumendosi tutti i rischi di una eventuale mancata ricezione.  
 **Raccomandata R/R con tassa a carico del destinatario all'indirizzo sopra comunicato e valido fino a revoca scritta.**

Data .....

L'INTERESSATO

.....

LA QUOTA ASSOCIATIVA CORRENTE DI SOCIO ORDINARIO ADHD CAMPANIA OdV è di 20,00€



**(\*) Modalità di versamento della quota mediante ricarica da effettuarsi**

- con un bonifico presso tutti gli sportelli bancari o mediante internet banking;
- con bollettino freccia presso tutti gli sportelli bancari o mediante internet banking;
- con **SMS**, abilitando il servizio presso la propria banca;
- presso gli ATMWeb abilitati al servizio con una carta di debito o altra carta prepagata

**Informativa ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e della legge 196/2003 sulla protezione dei dati personali**

1. **Finalità della raccolta dati.** I dati personali, generali e dove richiesti sensibili, sono raccolti per associarsi ad ADHD Campania Odv e partecipare ai servizi erogati ai soci. Sono inseriti nel nostro sistema informativo e vengono trattati da personale autorizzato. Il loro trattamento è legittimo e verrà fatto in modo trasparente e responsabile.
2. **Obbligatorietà e trattamenti previsti.** Il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio. Una sua eventuale rinuncia al conferimento dei dati, renderebbe impossibile la gestione delle procedure organizzative, per la sua attiva partecipazione alle iniziative dell'Associazione.
3. **Soggetti a cui verranno comunicati i dati.** I suoi dati personali saranno da noi custoditi e protetti con diligenza e non saranno divulgati. Per esigenze contabili potranno essere comunicati solo al professionista che cura l'aspetto contabile dell'associazione in ottemperanza ad obblighi di legge e che a sua volta è tenuto all'osservanza dei principi di riservatezza nella custodia di dati sensibili.
4. **Periodo di conservazione, diffusione extra-UE.** I suoi dati verranno custoditi finché perdurerà la sua qualifica di socio. In caso di cessazione l'obbligo di conservazione non potrà essere superiore a 5 anni.

**Diritti della persona che conferisce i dati.** Nella gestione dei suoi dati personali si terrà conto dei suoi diritti (articoli da 15 a 22 del Regolamento 2016/679) e cioè il diritto all'accesso, alla rettifica ed alla cancellazione, alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento, il diritto di proporre un reclamo al Garante Privacy. Le richieste di applicazione dei suoi diritti vanno indirizzate al titolare del trattamento, utilizzando i recapiti sotto-riportati.

**Titolare del trattamento e suoi recapiti.** Titolare del trattamento dei dati è **ADHD Campania OdV** con sede in Via Napoli, 224 – 82100 Benevento - email [info@adhdcampania.it](mailto:info@adhdcampania.it)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto/a, ..... in qualità di **interessato**, letta la suddetta informativa resa ai sensi dell'art. 13 GDPR, **autorizzo/do il consenso:**

- al trattamento dei miei dati personali, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 (\*\*)
- alla diffusione del mio nome e cognome, della mia immagine o di video che mi riprendono nel sito istituzionale, nei social network (es. pagina Facebook/Instagram/YouTube) e sul materiale informativo cartaceo dell'Associazione, per soli fini di descrizione e promozione dell'attività istituzionale, nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 e delle autorizzazioni/indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei Dati Personali (\*\*\*)

Data .....

**L'INTERESSATO**  
**(firma leggibile)**

.....

(\*\*) Il consenso al trattamento è indispensabile ai fini del perseguimento delle finalità associative e quindi la mancata autorizzazione comporta l'impossibilità di perfezionare l'adesione o il mantenimento della qualifica di socio.

(\*\*\*) Il consenso al trattamento è facoltativo.