

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Spett.le

**A.Pi.M.B.** Associazione Piemontese Metodo Billings

Via Giobert, 56 - 14100 Asti (AT)

C.F. 92068180055

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione "A.Pi.M.B. Associazione Piemontese Metodo Billings".

Inoltre, il/la sottoscritto/a

### DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione (che verrà inviato via email non appena ricevuta la presente domanda) e di accettarlo e rispettarlo in ogni suo punto;
- d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### Autorizzazione specifica

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del/della sottoscritto/a, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

Sì

No

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del/della sottoscritto/a, tramite i canali di informazione disponibili al momento (a solo titolo di esempio: siti web, pieghevoli, volantini, articoli, riviste, ecc) nonché nelle bacheche affisse nei locali dell'Associazione.

Sì

No

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# Scheda di Iscrizione al Corso per Sensibilizzatori 2016

Cognome..... Nome.....

Stato civile..... Professione.....

Ambito di provenienza (parrocchia, movimento, associazione, etc.).....

Eventuale ruolo educativo.....

Conoscenza personale del metodo naturale:  SI  NO

Se sì, insegnante di riferimento: .....

Partecipo al corso con (marito/moglie, fidanzato/a, indicare nome):

Allergie alimentari: .....

Indicativamente intendo fruire del pasto preparato dalla struttura nei seguenti incontri:

tutti  9/10  23/10  6/11  20/11  4/12

## **ANIMAZIONE FIGLI**

NOME ETA' ALLERGIE ALIMENTARI

1).....

2).....

3).....

4).....

5).....

Segnare gli incontri per cui viene richiesta l'animazione dei figli:

tutti  9/10  23/10  6/11  20/11  4/12

Si avvisa i partecipanti che il servizio di animazione dei figli potrebbe comportare un costo aggiuntivo.