



Domanda Adesione Volontario

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto all'associazione **AS.MA.RA APS Malattia Rara Sclerodermia ed altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè"**.

A tal fine dichiara i suoi dati personali ed autorizza l'Associazione a conservarli nella documentazione e nei "file" sociali ed a farne uso solo per gli scopi statutari.

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____

Professione _____

Email _____ Telefono/i _____

Luogo e data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Presentato da _____

Perché vuoi fare il VOLONTARIO? _____

In famiglia c'è una Malattia Rara? _____

Conosci persone con Malattia Rara ? _____

In quali giorni della settimana sei disponibile ad essere presente in associazione? _____

Sei disponibile a partecipare a manifestazioni di piazza ed a eventi assicurando la tua presenza? _____

Data

Firma

AS.MA.RA APS Sclerodermia ed altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè "

Sede operativa: Presso ROME AMERICAN HOSPITAL - Via Emilio Longoni ,75 ,00155 Roma - Tel.334 3730330

e-mail: as.ma.ra-onlus@live.it - email:info@asmaraaps.it - mariapiasozio@libero.it - mariapiasozio@asmaraaps.it

www.asmaraaps.it - C.F.:97546030582 - BLU BANCA- IBAN:IT37 UO34 4103 203C C030 0523 122