



**Domanda di ammissione alla
ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA SINDROME DI EMIPLEGIA ALTERNANTE
A.I.S.EA ONLUS**

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Provincia _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____ Provincia _____

CAP _____ Via _____

Tel. casa _____ Cell. _____

E-mail _____

CHIEDO

di essere ammesso a far parte della **Associazione Italiana Sindrome di Emiplegia Alternante - A.I.S.EA ONLUS** in qualità di **Socio Ordinario**.

Dichiaro di accettare senza riserve lo Statuto dell'Associazione ed in particolare di fare fede ai seguenti obblighi:

- Osservare le norme dello Statuto e le delibere adottate dagli organi sociali
- Versare il contributo annuale stabilito dall'Assemblea entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento
- Svolgere le attività, volontarie e personali, preventivamente concordate
- Mantenere un comportamento conforme alle finalità dell'Associazione.

Luogo e data

Firma del richiedente

Registrato nel Libro dei Soci al n. _____ / _____

(spazio riservato all'Associazione)

Il / La Sottoscritto/a, autorizza ai sensi dell'art. 13 del D.lgs196/93, il trattamento di tutti i dati riportati nel presente modulo di adesione, compresi i futuri eventuali aggiornamenti e/o modifiche dallo/a stesso/a comunicati, per tutte le finalità statutarie dell'Associazione A.I.S.EA ONLUS.

A.I.S.EA Onlus

Associazione Italiana per la Sindrome di Emiplegia Alternante

Codice Fiscale 94017520134

Sede Legale: Via delle Betulle 4 – 20152 Milano - Sede operativa: Via degli Abeti 4 - 20152 Milano

Tel. 327 927.6116

E-mail info@aiseaonlus.org - Sito web www.aiseaonlus.org