

Domanda Adesione Volontario

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto all'associazione **As.Ma.Ra. Onlus 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 _____

e mail _____

Telefono/i _____ Fax _____

Fax _____

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 Onlus Sclerodermia ed altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè"

Via Valsugana, 34, int.3 00141 Roma Tel.3341577615

e-mail:as.ma.ra-onlus@live.it
www.asmaraonlus.org

C.F.:97546030582

IBAN BPOPO LAZIO:IT86 S051 0403 203C C030 0523 122