



Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ ()
 Il ___ / ___ / ___ residente a _____ () CAP _____
 Via _____ n' _____ Tel. _____
 Cel. _____ E-mail _____
 Documento _____ n' _____ rilasciato il ___ / ___ / ___ da _____
 Codice fiscale _____ Gruppo sanguigno _____ Rh _____
 Patente civile n' _____ categoria _____ rilasciata il ___ / ___ / ___

Presa visione dello statuto di Croce Rossa Italiana ed accettando lo integralmente

CHIEDE

di entrare a far parte della Croce Rossa Italiana presso il Comitato Locale di Castellamonte

A tal fine e sotto la propria responsabilità dichiara:

(Cancellare la voce che non interessa)

- Di voler aderire ai Principi Fondamentali del Movimento di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e di rispettare il Codice Etico e di Condotta della C.R.I.,
- Di aderire alla C.R.I. immediatamente in qualità di Socio Ordinario,
- Di essere/non essere cittadino italiano o cittadino di uno Stato dell'Unione Europea o di uno Stato non comunitario regolarmente soggiornante nel territorio italiano ai sensi della normativa vigente in materia _____ (specificare altra eventuale cittadinanza),
- Di essere/non essere stato/a condannato/a, con sentenza passata in giudicato, per uno dei reati comportanti la destituzione dagli uffici pubblici,
- Di essere iscritto/a presso le seguenti altre associazioni _____,
- Di assumere l'impegno a svolgere gratuitamente le attività, anche di tipo intellettuale o professionale, previste dal Regolamento,
- Di essere in possesso del seguente titolo di studio _____,
- Di conoscere le seguenti lingue straniere _____,
- Di esercitare la professione di _____,
- Di essere a conoscenza che la propria iscrizione alla C.R.I. è subordinata alla frequenza di un apposito corso di formazione ed al superamento dell'esame finale,



- Di restituire dietro richiesta del Presidente del Comitato di appartenenza tutti i documenti ed il materiale che gli saranno concessi in uso temporaneo dalla C.R.I.,

- Di impegnarsi a comunicare alla segreteria del Comitato di appartenenza ogni variazione relativa alle notizie fornite nel presente modulo,

- Che ogni eventuale comunicazione dovrà essere inviata al seguente indirizzo:

a tutti gli effetti di legge, impegnandosi sotto la propria responsabilità a comunicare ogni eventuale cambio di domicilio.

Data, ____ / ____ / ____

Firma

Si allega alla presente documento di riconoscimento _____ n' _____
rilasciato il ____ / ____ / ____ da _____, ad oggi in corso di validità.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali:

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'Associazione della Croce Rossa Italiana al trattamento dei dati personali in conformità alle disposizioni in materia di privacy (decreto legislativo n'196 del 30 giugno 2003) limitatamente all'uso di esclusiva competenza delle attività istituzionali ed operative dell'Associazione.

Data, ____ / ____ / ____

Firma

Autorizzazione del genitore o di chi ne esercita la patria potestà (obbligatorio per i minorenni)

NOME e COGNOME del genitore _____

Data, ____ / ____ / ____

Firma

~~~~~  
**DA COMPILARE A CURA DEL COMITATO**

Nome e Cognome di chi riceve la domanda \_\_\_\_\_

Data di consegna della domanda \_\_\_\_\_

**INSERIRE LA DOMANDA NEL CASSETTO "DOMANDE DI ADESIONE"**