



Domanda Adesione Volontario

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto all' "ASSOCIAZIONE ITALIANA XERODERMA PIGMENTOSO" .

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 ? _____

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

Data

Firma

Via Aurelia 1185
55041 Lido di Camaiore
Tel.338/9826060 o 338/2547435
e-mail: associazionexpitalia@gmail.com

C.F.: 91057080466