



PUBBLICA ASSISTENZA

Comune di Montopoli in Val d'Arno

Sede: 56020 CAPANNE (PI) - Via Mattei n. 4 - Tel. 0571 467311

Persona giuridica D.P.G.R. n. 79 del 09/02/94 Registro Reg. Pers. Giuridiche n. 153

Iscritta al Registro Regionale del Volontariato con D.P.G.R. n. 958 del 19/09/94

Cod. Fisc. 9100042 050 4 - Part. IVA 0080109 050 7 - C/C Post. n. 104 03 566

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORPO VOLONTARI

Il/La sottoscritto/a

Nato/a..... il.....

residente a in (Via/Piazza).....

Codice FiscaleTelefono..... Cellulare.....

e-mail,

Titolo di Studio Professione

patente di guida categoriaN° scadenza.....

gruppo sanguigno.....

CHIEDE di poter entrare a far parte del Corpo Volontari della Pubblica Assistenza di Montopoli, nel seguente settore:

generico

sanitario

dirigente/amministrativo

AIB

sociale

protezione civile

a tal fine **DICHIARA** espressamente di condividerne le finalità dell'associazione e di impegnarsi a rispettarne le regole sancite dallo Statuto e dai Regolamenti Interni; nonché osservare le disposizioni di legge inerenti il Volontariato (D.L. 266 11 Agosto 1991 - L.R.25/2001 e successive modifiche/integrazioni) **IMPEGNANDOSI** a tenere un comportamento consono ai principi morali e sociali dell'associazione e rispettoso in generale delle leggi dello Stato, nonché rispettare i turni e gli impegni concordati.

Capanne lì firma leggibile

Si rende noto che ogni aspirante volontario, prima di essere ammesso, deve:

- essere in possesso della tessera di socio (art.6 e 7 dello statuto) che dovrà essere regolarmente rinnovata anno per anno;
- allegare alla presente Certificato Medico di Idoneità Psicofisica per lo svolgimento di tutte le attività di tipo sociale, sanitario, AIB e protezione civile;
- fotocopia di documento di identità, in corso di validità;
- 2 foto formato tessera

e) In caso di minore età del richiedente il seguente modulo compilato:

lo sottoscritto/a _____
in qualità di (Genitore , Tutore Legale , Affidatario)
del minore

i cui dati completi sono allegati alla presente; autorizza a svolgere presso la Vostra Associazione attività di volontariato nei limiti imposti dalla legge, oltre allo Statuto ed ai regolamenti interni della Associazione.

Firma (di chi esercita la potestà genitoriale)

.....

Allegare fotocopia del documento di chi esercita la Potestà genitoriale

N.B. I minori potranno entrare a far parte dell'Associazione se esplicitamente richiesto in forma scritta da chi ne esercita la potestà genitoriale. Questi verranno segnati sulla tessera sociale del capo-famiglia ed avranno diritto alle prestazioni che l'Associazione svolge in favore dei Soci; nelle Assemblee non avranno diritto di voto e nelle consultazioni in cui i Soci saranno chiamati ad esprimersi non potranno essere eletti né elettori.

<p align="center">CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI E SENSIBILI A FAVORE DELL'ASSOCIAZIONE DI PUBBLICA ASSISTENZA DI MONTOPOLI</p>

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, consapevole che:

A) il trattamento riguarderà sia i dati personali che i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.Lgs. 196/2003, vale a dire i dati " idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale";

B) i dati personali, forniti al momento della compilazione di questa domanda, verranno raccolti in una banca dati e potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata, mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, e che i dati potranno essere comunicati ad ANPAS o altre fondazioni o associazioni di Pubbliche Assistenze o altre similari, che tratteranno i dati esclusivamente per garantirmi l'accesso agevolato a servizi erogati e/o manifestazioni da queste organizzate.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che la Pubblica Assistenza di Montopoli potrà trattare la mia immagine, utilizzandola per promuovere le iniziative relative alla associazione o associate ANPAS, realizzate mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici

Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa sul retro della presente domanda.

Capanne lì firma leggibile

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Egregio *Signore/Signora*,

Desideriamo informarla che ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati comunicati ai fini della adesione alla nostra associazione, saranno oggetto di trattamenti anche con l'ausilio di strumenti elettronici da parte del personale incaricato dalla Pubblica Assistenza di Montopoli.

Considerato che, il trattamento dei dati personali e sensibili può essere eseguito solo con il consenso scritto dell'interessato, come previsto dall'art. 23 del D.lgs. n.196/2003, comunichiamo le seguenti informazioni relative alle modalità e finalità a cui sono destinati i dati:

- a) **le saranno richiesti i seguenti dati:** nome – cognome – indirizzo – codice fiscale – data e luogo di nascita, telefono ed e-mail, professione. Potrebbero altresì essere richiesti dati personali "sensibili", ai fini dell'adesione agli scopi e lo statuto della nostra Associazione. Il conferimento di questi dati, inseriti nell'anagrafico soci secondo precise disposizioni di legge, è obbligatorio e l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di essere ammesso/a come iscritto/a dell'Associazione.
- b) **Il trattamento dei dati** (raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione ecc.) avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato oltre che con strumenti manuali anche attraverso strumenti automatizzati (sia informatici che telematici) atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi. I dati da Lei forniti saranno trattati per gli scopi istituzionali, in particolare saranno utilizzati per gli adempimenti richiesti dalle normative statutarie e legislative che disciplinano la nostra organizzazione. Potranno formare oggetto di comunicazione e diffusione di carattere sociale: riunioni periodiche e impegni statutari, informazioni relative alle attività ed alle nuove iniziative dell'Associazione.
- c) **Comunicazione dei dati:** i suoi dati anagrafici, potranno essere comunicati all' ANPAS ed agli altri organismi che la Pubblica Assistenza ha costituito o intenderà costituire con gli scopi e nelle forme previste dallo statuto. Salvo quanto previsto nel comma precedente, il trattamento dei dati da Lei forniti potrà essere effettuato solo dai soggetti ai quali, la facoltà di accedervi, sia riconosciuta da disposizioni di Legge, ovvero da soggetti pubblici per lo svolgimento di funzioni istituzionali.
- d) **Il titolare del trattamento** è la Pubblica Assistenza di Montopoli, Capanne, via Mattei n.4, **responsabile del trattamento** è il legale rappresentante, il personale amministrativo e il rappresentante dei volontari incaricato al trattamento.
- e) **Diritti dell'interessato:** in ogni momento potrà esercitare il suo diritto nei confronti del titolare del trattamento, in particolare Lei potrà chiedere di conoscere l'esistenza di trattamenti di dati che possono riguardarla di ottenere senza ritardo la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, l'integrazione dei dati;

Secondo quanto stabilito dall'art. 13 comma 1 lettera e, siamo ad informarvi dei diritti di accesso ai dati personali di cui all'art. 7.

1. **L'interessato ha diritto di ottenere** la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. **L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:**
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in casi di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificati del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. **L'interessato ha diritto di ottenere:**
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. **L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:**
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il titolare del trattamento

PARTE RISERVATA ALL'ASSOCIAZIONE D' ACCOGLIENZA

Vista la completezza della presente domanda, compilata in ogni sua parte, nonché della documentazione richiesta ed in particolare avendo accertato/a :

- che il richiedente è socio dell'Associazione con tessera n..... ricevuta n. del.....
- la presenza del certificato medico di idoneità
- degli altri documenti richiesti
- del consenso, per minore, dell'esercente la potestà genitoriale e suo documento

IL DIRETTIVO AMMETTE NEL CORPO DEI VOLONTARI DELL' ASSOCIAZIONE A FAR DATA DAL
AUTORIZZANDONE L'INSERIMENTO NEL REGISTRO DEI SOCI VOLONTARI (art. 6 e 7 dello Statuto) CON
TESSERINO DI RICONOSCIMENTO N°..... NEL SETTORE RICHIESTO
.....