



ASSOCIAZIONE ITALIANA
CONTRO L'EPILESSIA

dott. Manuele Amateis
Presidente Regionale
AICE Valle d'Aosta

recapiti diretti:
aicevda@libero.it

3204374988 (no whatsapp)
3318600527 (solo whatsapp)

AICE Valle d'Aosta ODV

Via Adamello, 18
11100 Aosta (AO)
C.F. 91083550078
IT18T056960120000005548X31

AICE ODV sede

nazionale
Via Garavaglia 5, 40127
Bologna

C.F. 97085130157



aderente a:



International
Bureau for
Epilepsy
E



Fondazione Italiana
Ricerca Epilessia

Domanda di ammissione a socio dell'organizzazione di volontariato AICE Valle d'Aosta ODV (compilare tutte le righe e crocettare i riquadri ☐ dove serve)

al Consiglio Direttivo
dell'organizzazione di volontariato
AICE Valle d'Aosta ODV
Via Adamello, 18
11100 Aosta (AO)

(crocettare)

- ☐ nelle mani del soggetto delegato
☐ via mail / pec / whatsapp

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(nome e cognome) _____
nato/a _____ prov. _____ il _____
e residente a _____ cap _____
Via _____ n. _____
Telefono fisso _____ Cell. _____
E-mail _____ C.F. _____

- avendo preso visione dello Statuto dell'ente;
- condividendo la democraticità della struttura;
- consapevole delle finalità di solidarietà sociale che l'ente promuove;
- dichiarando l'inesistenza di pendenze penali a suo carico;

CHIEDE

di essere iscritto nel Libro soci dell'Organizzazione di volontariato AICE Valle d'Aosta ODV.
previo versamento, a titolo di quota associativa per l'anno anno _____
dell'importo di euro _____ che comporta la seguente qualificazione (crocettare):

- ☐ (A) socio ordinario: euro 20,00 per anno solare
☐ (B) socio contributore: euro 100,00 per anno solare
☐ (C) socio sostenitore: euro 300,00 per anno solare

Versamento effettuato mediante (crocettare):

- ☐ bonifico bancario: IBAN IT18T056960120000005548X31
causale: "quota associativa anno [....] [nome] [cognome]"
☐ per contanti nelle mani del soggetto delegato

CHIEDE INOLTRE (facoltativo crocettare, ma gradito)

- ☐ di essere DISPONIBILE ad essere iscritto nel registro dei volontari:
☐ occasionali per lo svolgimento di attività a favore dell'Associazione
☐ permanenti per lo svolgimento di attività a favore dell'Associazione

Luogo _____, data _____

In fede, (firma) _____

Allegati: informativa privacy

www.aice-epilessia.it