



Sede legale: P.zza Libert , 9 - 21100 VARESE - Tel. 0332 231301 - Fax 0332 242400

Domanda di ammissione al VIDES Lombardia Onlus

Il/la sottoscritto/a

Nato/a il a prov.

Residente in via Tel./Cell.

Citt  Prov. C.a.p.

Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo mail _____

Chiede

al Consiglio Direttivo Regionale dell'Organizzazione VIDES Lombardia Onlus di venire ammesso tra i soci di detta organizzazione

Dichiara

di accettare lo Statuto e le Norme di funzionamento dell'Organizzazione, di voler partecipare alle proposte formative e di rendersi disponibile allo svolgimento delle attivit  di volontariato promosse dall'Organizzazione.

NOTIZIE PERSONALI

Professione _____

Titolo di studio _____

Lingue straniere conosciute _____

Attivit  di volontariato gi  svolte _____

Attivit  di volontariato che vorrei svolgere _____

in fede _____

Il/la sottoscritto/a   informato ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti nella presente scheda saranno utilizzati dall'organizzazione anche con l'ausilio di mezzi elettronici, per finalit  istituzionali. La firma posta in calce costituisce consenso a tale uso ai sensi dell'art. 23 del D.lgs. 186/2003

Il/la sottoscritto/a

Firma (leggibile) _____