



**RLS - ITALIA**  
SINDROME DELLE GAMBE  
SENZA RIPOSO - APS  
RESTLESS LEGS SYNDROME

**RLS-ITALIA APS**  
**VIA ANTELAO 3**  
**21100 VARESE**

**TELEFONO 347 9698171**

**IBAN: IT 46 B 05387 10804000003632860      CODICE FISCALE: 95097300123**

MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE

ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE      "RLS-ITALIA APS"

All'attenzione del Consiglio Direttivo

Il\la

sottoscritto\la.....

nato\la a .....

provincia ..... il ...../...../.....

Codice Fiscale.....

residente in via.....n°.....

del Comune di.....(.....) tel

.....

cell.....email.....

**CHIEDE**

di entrare a far parte dell'Associazione di Promozione Sociale RLS-ITALIA per l'anno in corso come socio/a: ordinario. A tal proposito dichiaro di aver preso visione del documento della privacy e dello Statuto di RLS-ITALIA APS, di condividere gli scopi e le finalità, di volermi attenere a quanto esso prevede ed alle deliberazioni degli organi sociali.

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a che i dati forniti possano essere utilizzati ai fini associativi atti a far pervenire informazioni più dettagliate riguardanti RLS-ITALIA APS e le attività svolte ai sensi del D.lgs. n. 101/2018 (decreto di adeguamento al GDPR). Inoltre il/la Sottoscritto/a acconsente all'utilizzo del materiale sia esso fotografico, che audio e/o video registrato con le proprie immagini per eventuali diffusioni, pubblicazioni ed esposizioni curate da RLS-ITALIA APS o chi per essa ai sensi del D.lgs. n. 101/2018 (decreto di adeguamento al GDPR).

Dichiara di essere: Maggiorene Minorenne In questo secondo caso il\la sottoscritto\la

.....

C.F ..... in qualità di genitore o tutore autorizza

l'associazione al rilascio della tessera sociale. data.....

firma..... La tessera, personale e non cedibile, dà diritto alla partecipazione alle assemblee sociali e a tutti gli eventi che vengono proposti dall'Associazione, previa prenotazione, nei tempi e nelle modalità proposte a seconda dei casi. La tessera ha validità per l'anno in corso del rilascio. L'aspirante socio dichiara che tutti i dati da lui\lei forniti nella presente domanda d'ammissione corrispondono al vero e di seguito sottoscrive e accetta quanto sopra riportato. Importo per la tessera sociale annuale € 30

data..... firma.....