



Associazione Sarda Genitori Oncoematologia Pediatrica

Associazione Sarda Genitori Oncoematologia Pediatrica

## DOMANDA DI AMMISSIONE COME VOLONTARIO

Cognome e Nome:.....  
Codice Fiscale:.....  
Nato a..... il.....  
Residente a:.....  
Cap:..... Prov:.....  
Indirizzo:.....  
Professione:.....  
Cellulare:.....  
E-mail:.....

### Interessi

personali:

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> musica    | <input type="checkbox"/> sport         | <input type="checkbox"/> fotografia               |
| <input type="checkbox"/> meccanica | <input type="checkbox"/> giardinaggio  | <input type="checkbox"/> lavori manuali           |
| <input type="checkbox"/> cucina    | <input type="checkbox"/> cinema/teatro | <input type="checkbox"/> computer/informatica     |
| <input type="checkbox"/> viaggi    | <input type="checkbox"/> fai da te     | <input type="checkbox"/> altro (specificare)_____ |

Richiede di essere ammesso in qualità di Volontario :

- [ ] **Progetto Insieme**  
[ ] **Progetto Emily**

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti.

A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto sociale e di aver preso atto dell' informativa sulla tutela dei dati personali resa ai sensi del Codice Privacy (D. lgs 196/03)

Data: .....

Firma: .....