



**Spett.le Consiglio Direttivo
Associazione C.I.L.P. Italia APS
Via della Magliana Nuova, 78
00146 – Roma - c.f. 96412470583**

DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Il/La sottoscritt_/_
nat_____ a _____ il _____, c.f.
_____, Documento di Identità _____, N.
_____ rilasciato da _____, in
data _____, con validità fino al _____, che qui si allega in copia, residente in
_____, (Prov.) _____,
Via/P.zza _____, n° _____, CAP _____,
elettivamente domiciliato in _____, (Prov.) _____,
Via/P.zza _____, n° _____, CAP _____,
telefono _____, cellulare _____, e-
mail _____,
p.e.c. _____

liberamente, volontariamente e spontaneamente **CHIEDE** a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio:

CONSUMATORE LIBERO PROFESSIONISTA

-€ 20,00 per tutti i soci CONSUMATORI;

-€ 150,00 per tutti i soci LIBERI PROFESSIONISTI

-€ 150,00 per soci sostenitori.

e, a tal fine, consapevole delle responsabilità derivanti da dichiarazioni mendaci, incomplete, false ai sensi e per gli effetti di legge, **DICHIARA** di aver letto per intero lo statuto dell'intestata Associazione di averne ben compreso tutto il contenuto di attenersi allo Statuto della Associazione "C.I.L.P. ITALIA

APS” ed alle deliberazioni degli organi sociali, nonché alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di Associazioni, degli eventuali regolamenti interni, e successive modifiche e/o integrazioni, di non trovarsi in situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interesse con le finalità, le attività dell’associazione ed il ruolo dei soggetti che ricoprono cariche sociali, di non avere condanne penali nè carichi pendenti, di versare regolarmente la quota sociale prevista, eleggere domicilio per i rapporti sociali presso la sede dell’Associazione per ciò che riguarda le comunicazioni e le informazioni attinenti all’attività sociale, e, pertanto, liberamente, volontariamente e spontaneamente, di essere consapevole che la tessera è personale, non è cedibile, ha validità per un anno solare, e dà diritto all’accesso in sede ed alla partecipazione a tutti i corsi, le attività, i convegni, i seminari che vengono proposti dall’Associazione, previa prenotazione, nei tempi e nelle modalità proposte a seconda dei casi, per tutto il tempo della sua validità, di essere consapevole che importi della tessera sociale annuale consentiranno di poter usufruire dei differenti servizi, come meglio precisati nello statuto e nel sito dell’associazione. Si allega: 1) Copia del Documento di identità del richiedente; 2) Copia del Codice fiscale del richiedente;

Luogo _____ data _____ Firma _____

Dichiarazione di consenso relativa all’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento europeo (UE) n. 679/2016 (“GDPR”) e del D. Lgs n. 196/2003 (Codice italiano).

Il sottoscritto _____ (codice fiscale: _____), come meglio sopra generalizzato, dichiara di essere stato informato della nuova informativa privacy, di aver ricevuto, di aver letto e di aver ben compreso per intero ai sensi del Reg.UE n. 679/16 e D.L. N° 196 del 2003, e successive modifiche ed integrazioni, l’informativa privacy della Associazione “ C.I.L.P. ITALIA APS”, con sede in Roma (RM), Via della Magliana Nuova, 78, Codice Fiscale: 96412470583, riguardo il trattamento dei dati personali/sensibili, nonché ed identificativi riguardanti la propria persona e/o la persona di cui ne fa le veci, di aver ben compreso il suo contenuto

Luogo _____ data _____ Firma _____

CONSENSO per servizi/prodotti differenti da quelli richiesti presso(es.marketing, pubblicità,etc.)

SI NO

Luogo ___ data ___ Firma _____

CONSENSO per profilazione

SI NO Luogo _____ data _____ Firma _____

CONSENSO per mailing list

SI NO Luogo _____ data _____ Firma _____

CONSENSO per invio di messaggi a mezzo sms

SI NO Luogo _____ data _____ Firma _____

CONSENSO per invio di messaggi a mezzo whatsapp SI NO

Luogo _____ data _____ Firma _____

Informativa relativa all'utilizzo delle immagini acquisite mediante foto e/o video Autorizzazione (Liberatoria) Ai fini della normativa sul diritto d'autore (RD 633/1941) e della disciplina sull'utilizzo delle immagini altrui (art. 96 e seguenti RD 633/1941), nonché del Reg. UE/679/2016 e del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii., La informiamo che nel corso dell'odierno evento saranno effettuate fotografie, e/o riprese audiovisive, e/o registrazioni audio, nelle quali Lei nella qualità di partecipante potrà essere fotografato, e/ o video-ripreso, e/o audio registrato. Tale materiale potrà essere utilizzato dalla Associazione "C.I.LP. ITALIA APS", con sede in Roma (RM), Via della Magliana Nuova, 78, Codice Fiscale: 96412470583, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, quale Titolare del trattamento dati personali e/o sensibili, " Titolare del trattamento dati", nel pieno rispetto della normativa vigente, della informativa privacy e nel rispetto della tutela, della dignità e decoro delle persone, alla pubblicazione sui siti web, in particolare sul sito web istituzionale della Associazione "C.I.LP. ITALIA APS", social network (es. Facebook), riviste, TV, brochure o mediante l'inserimento in documenti destinati alla diffusione. Il partecipante, dopo aver preso visione e ben compreso sia l'informativa privacy sia la presente, potrà accettare o liberamente rifiutarsi mediante espressa volontà per iscritto nel presente documento, che potrà essere fotografato, e/o video ripreso, e/o audio registrato. La manifestazione della propria volontà a riguardo si intenderà effettuata nei confronti della Associazione "C.I.LP. ITALIA APS", meglio sopra indicato, quale Titolare del trattamento, nella presente liberatoria mediante flag dei seguenti checkbox.

Tutto quanto innanzi esposto, il sottoscritto _____, nato a _____, il _____, residenza/domicilio in _____, Via /Piazza _____, civico n. _____, codice fiscale: _____, email: _____ telefono _____ in

veste di interessato dichiara: 1. di essere stato informato della nuova informativa privacy, di aver ricevuto, di aver letto e di aver ben compreso per intero ai sensi del **Reg.UE n. 679/16** e **D.L. N°196/2003** e successive modifiche ed integrazioni, l'informativa privacy della Associazione "C.I.LP. ITALIA APS" riguardo il trattamento dei dati personali/sensibili, nonché ed identificativi riguardanti la propria persona, e di aver ben compreso il suo contenuto.

Luogo _____ data _____ FIRMA _____

2. di autorizzare, così come autorizza, l'Associazione "C.I.LP. ITALIA APS", con sede in Roma (RM), Via della Magliana Nuova, 78, Codice Fiscale: 96412470583, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, senza aver nulla a pretendere, alla ripresa e registrazione, anche mediante società terze o personale opportunamente incaricato, di materiale fotografico, e/o audio, e/ o video relativo all'evento sopra descritto in cui lo stesso sia stato ritratto, nonché alla detenzione, utilizzo, pubblicazione e divulgazione del suddetto materiale per finalità informative, di cronaca, promozionali dell'evento, con qualsiasi modalità, quali esempio, siti web, social network, TV, brochure o mediante l'inserimento, in documenti destinati alla diffusione, Il sottoscritto approvando,

sin da ora, il contesto e l'ambientazione nei quali la sua immagine, video, fotografie ed audio registrati saranno utilizzati.

SI NO

Luogo_____ data_____ FIRMA_____

Pertanto, con il conferimento del consenso (espresso mediante flag della checkbox) l'Interessato dichiara di considerare la posa delle immagini effettuata in forma gratuita e per questo:

di rinunciare a qualsiasi pretesa e rivendicazione anche di natura economica, relativamente agli utilizzi futuri delle riproduzioni oggetto di questa liberatoria nei confronti dei Titolari e dei Responsabili espressamente autorizzati a farne uso;

SI NO

Luogo_____ data_____ FIRMA_____

di sollevare il Titolare del trattamento dati da ogni responsabilità, anche economica, concernente un uso scorretto del materiale fotografico e/o audio video da parte degli utenti dei siti web, social network o, comunque, di terzi;

SI NO

Luogo_____ data_____ FIRMA_____

di aver letto e compreso l'intera informativa comprensiva della presente liberatoria e di essere consapevole che la spunta della casella (checkbox) equivale alla sottoscrizione della liberatoria sotto la propria responsabilità.

SI NO

Luogo_____ data_____ FIRMA_____