

**DOMANDA AMMISSIONE A SOCIO  
DELLA ASSOCIAZIONE CULTURULA KAINOTHOMIA DELLE OMBRE APS  
PER L'ANNO 2024**

Spett.le Consiglio Direttivo  
Dell'associazione culturale Kainothomia delle ombre APS  
Via Garibaldi ,18 09170 Oristano (OR)

Il/La sottoscritt....., nat.... a .....

il ..... C.fiscale.....

Residente in ..... CAP..... Provincia.....

Via/Corso/Piazza..... n°.....

Cell..... E-mail.....

Chiede a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'Associazione.

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.

Luogo....., Data.....

Firma del Socio.....

Dichiaro di accettare tutte le norme del presente Statuto, nei Verbali, nel Regolamento, Associativo. Mi impegno al versamento delle quote sociali, compresi i contributi integrativi nella misura determinata

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, dei riferimenti per i contatti telefonici, e-mail, all'utilizzo dei social, per caricare, scaricare, condividere materiali con i soci e non e di essere reperibile tramite loro **autorizza ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e ai sensi del GDPR Regolamento (UE) 2016/679**

Autorizzo al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutarî.

Autorizzo che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Autorizzo a fotografare, filmare o effettuare registrazioni video-sonore per ragioni connesse alle attività dell'associazione. Inoltre acconsento all'utilizzo di questo materiale fotografico e video sonoro per eventuali pubblicazioni promosse dalla Associazione (come, ad esempio, sul sito web o sui social )

Luogo....., Data.....

Firma del Socio.....