

# Associazione Oceano

Centro Olistico Om Ganesh

Sede legale in Cascina Agnella 1/3 – Motta Visconti (MI)

Sede Operativa in Via Turati 7 – Casorate Primo (PV)

C.F. 96065510180

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a.....Prov.....il.....

residente a ..... Prov .....

in via ..... n°.....

cap ..... Tel..... C.F .....

E-mail.....

### CHIEDE

Di essere ammesso, dopo aver preso visione e approvato lo statuto sociale, dopo aver letto, compreso e accettato in tutte le sue parti gli estratti di polizza relativa alla copertura infortunistica (entrambi pubblicati sul sito [www.circoloceano.it](http://www.circoloceano.it)) compresa nella tessera associativa che mi verrà rilasciata al momento dell'iscrizione e, dopo essere stato informato che nel mese di aprile (in data che verrà comunicata in bacheca per tempo, come da art.6 dello Statuto dell'Associazione) presso la sede dell'associazione si terrà l'assemblea per l'approvazione del bilancio come previsto da statuto, per la quale sin da ora sono convocato, quale socio della Associazione culturale Oceano, attenendomi a pagare la quota sociale determinata per l'anno in Euro 15,00 (quindici).

Firma .....  
(Per il minorenni, firma di chi esercita la patria potestà)

Acconsente al trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ("GDPR") nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali, per lo svolgimento dell'attività istituzionale, organizzativa e tecnica e la gestione del rapporto associativo.

Tali dati verranno trattati per le sole attività istituzionali, pertanto, strettamente connesse alle attività statutarie. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di supporto telematico o cartaceo, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 12 del GDPR (cancellazione, modifica, opposizione, rettifica o integrazione dei dati). Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta.

Firma .....  
(Per il minorenni, firma di chi esercita la patria potestà)

Inoltre autorizza, a titolo gratuito, senza limiti di tempo, nel caso siano effettuate riprese e/o scatti fotografici ai soli fini di pubblicizzare e diffondere informazioni sulle attività associative, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet della Associazione culturale Oceano, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici della stessa associazione e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale.

presto il consenso  nego il consenso

Firma .....  
(Per il minorenni, firma di chi esercita la patria potestà)

Data .....

Il socio è a conoscenza dell'obbligatorietà di compilazione dell'autocertificazione medica per l'anno in corso, al fine di poter svolgere le varie attività olistiche alle quali vorrà partecipare. Il consiglio direttivo dell'associazione, in assenza della compilazione e firma della presente autocertificazione, si avvale della facoltà di deliberare l'impedimento al socio di svolgere qualsiasi attività..

### **INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI E SULLO STATO DI SALUTE**

*In caso di dubbio consultare il proprio medico curante*

*(Le risposte alle seguenti domande sono indispensabili al fine di valutare le condizioni di salute e saranno mantenute strettamente confidenziali, nel rispetto della Privacy)*

<b><u>Patologia / Disturbo / Malattia / Altro</u></b>	<b><u>Si/No</u></b>	<b><u>Quale?/Quando?/Dove? /Altro</u></b>
Malattie cardiovascolari	_____	_____
Ipertensione	_____	_____
Interventi chirurgici	_____	_____
Ferite, compreso fratture e dislocazioni	_____	_____
Malattie infettive e trasferibili recenti o attuali	_____	_____
Glaucoma	_____	_____
Epilessia	_____	_____
Osteoporosi	_____	_____
Asma	_____	_____
Patologie angiologiche	_____	_____
Siete attualmente in stato di gravidanza	_____	_____
Siete stati ricoverati in ospedali psichiatrici	_____	_____
Siete in terapia	_____	_____
Siete in terapia di gruppo o di sostegno	_____	_____
State assumendo farmaci	_____	_____
Allergie e/o intolleranze	_____	_____

A tal fine dichiaro, inoltre, che

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_