

PROPOSTA DI ATTIVITA' DI VOLONTARIATO

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza: Via _____ n. _____

Città _____ CAP _____ PROV. _____

Cod. fiscale _____

Tel. fisso _____ Cell. _____

Il sottoscritto/a chiede di svolgere **attività di volontariato** presso il Vs. Centro di Riabilitazione per la seguente attività:

accompagnamento utenti (con utilizzo di proprio mezzo di trasporto)

collaborazione nell'organizzazione di eventi sociali

esecuzione di piccoli interventi di manutenzione/riparazione

La informiamo che, ai sensi del D. Lgs. 196/03 art. 13, i Suoi dati personali saranno da noi trattati in ottemperanza al Codice Privacy, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e/o automatizzati, per finalità legate all'adempimento di obblighi di Legge e all'espletamento di attività istituzionali.

Titolare del trattamento è AIAS onlus Busto Arsizio nella persona del Suo legale rappresentante.

Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del Codice Privacy l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta indirizzata a: AIAS Busto Arsizio onlus "A. Tosi" – Via Alba 30 – Busto Arsizio.

Consento al trattamento dei miei dati

Non acconsento

FIRMA _____