

MISERICORDIA DI OTRANTO

Via Mammacasella, SN – Casella Postale 97 – 73028 Otranto (Le)

Tel. e Fax: 0836802500 - web: www.misericordiaotranto.org - e-mail: info@misericordiaotranto.org

O.N.L.U.S. iscritta al n. 124 del Registro Generale delle Organizzazioni di Volontariato della Regione Puglia

Iscritta nel registro del Dipartimento della Protezione Civile con protocollo n. 84314 del 10.07.1994

SCHEDA DI ADESIONE SOCIO ASPIRANTE N. _____

Il/La sottoscritto/a (*) Cognome _____ Nome _____

Nato/a a (*) _____ (Prov. (*) _____) il (*) ____/____/____

Residente in (*) _____ (Prov. (*) _____) Via (*) _____ n° (*) _____

Telefono (*) _____ Fax _____ Cellulare (*) _____

E-mail _____@_____

Titolo di studio _____ Professione _____

Gruppo sanguigno(*) _____ Rh (*) _____ Donatore di sangue (*) SI NO

Stato Civile _____ Codice fiscale (*) _____

Patente di guida n° (*) _____ del (*) ____/____/____ Cat. (*) _____

C H I E D E

di essere ammesso/a al periodo di aspirantato richiesto per divenire socio effettivo della Misericordia di Otranto

D I C H I A R A

- di accettare lo Statuto ed i regolamenti della Misericordia di Otranto;
- di essere di condotta morale irreprensibile;

S I I M P E G N A

- a prestare un minimo di due turni mensili di servizio volontario, consapevole che l'interruzione dei turni senza giustificato motivo, per oltre sei mesi, determina automaticamente la perdita del diritto di appartenenza all'associazione, con la conseguente cancellazione dal registro soci;
- a versare all'atto dell'iscrizione la quota sociale;
- a versare prima dell'inizio dei turni il 50% del costo della divisa sociale;
- a produrre un certificato anamnestico debitamente compilato e sottoscritto a cura del proprio medico;
- a produrre n.2 foto formato tessera, fotocopia del documento d'identità e codice fiscale;

Data di presentazione: ____/____/____

In fede _____

I Soci presentatori: 1) _____ 2) _____

APPROVATA NELLA SEDUTA DI MAGISTRATO DEL ____/____/____

N.B. I campi contrassegnati da un asterisco (*) sono obbligatori.

MISERICORDIA DI OTRANTO

Via Mammacasella, SN – Casella Postale 97 – 73028 Otranto (Le)
Tel. e Fax: 0836802500 - web: www.misericordiaotranto.org - e-mail: info@misericordiaotranto.org
O.N.L.U.S. iscritta al n. 124 del Registro Generale delle Organizzazioni di Volontariato della Regione Puglia
Iscritta nel registro del Dipartimento della Protezione Civile con protocollo n. 84314 del 10.07.1994

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' PER MINORI DI ETA' NON INFERIORE AGLI ANNI 16

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato a (*) _____ (Prov. (*) _____) il (*) ____/____/____

Residente in (*) _____ (Prov(*) _____) Via (*) _____ n° (*) _____

Telefono (*) _____ Fax _____ Cellulare (*) _____

E-mail _____@_____

Titolo di studio _____ Professione _____

La sottoscritta Cognome _____ Nome _____

Nata a (*) _____ (Prov. (*) _____) il (*) ____/____/____

Residente in (*) _____ (Prov(*) _____) Via (*) _____ n° (*) _____

Telefono (*) _____ Fax _____ Cellulare (*) _____

E-mail _____@_____

Titolo di studio _____ Professione _____

in qualità di genitori e titolari della patria potestà del figlio minore _____,
sollevano da ogni responsabilità civile e penale la MISERICORDIA DI OTRANTO e per essa il Legale
Rappresentante pro tempore, derivante dall'espletamento delle attività di Volontariato.

_____, lì _____

Padre _____

Madre _____

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS. 196/2003.

L'associazione "Confraternita di Misericordia di Otranto" procederà al trattamento dei dati personali, sensibili e non, da Lei forniti nel pieno rispetto del D.Lgs. 196/2003. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia l'eventuale rifiuto di fornire i dati contrassegnati come obbligatori comporta l'impossibilità di instaurare e proseguire con la "Confraternita di Misericordia di Otranto" un rapporto associativo. Il mancato conferimento dei dati non contrassegnati come obbligatori non impedisce l'instaurazione e l'esecuzione del rapporto associativo.

I Suoi dati personali sono trattati con modalità manuali ed automatizzate, anche con l'ausilio di mezzi elettronici (informatici e/o telematici), direttamente e/o tramite terzi delegati, per:

- 1) il perseguimento delle finalità individuate dall'atto costitutivo e dallo statuto dell'Associazione;
- 2) la gestione del rapporto associativo;
- 3) ottemperare ad obblighi legali;
- 4) finalità di natura amministrativa, contabile e fiscale;
- 5) inviarLe materiale informativo sull'attività dell'Organizzazione e segnalarLe le iniziative promosse dall'Associazione, anche mediante l'utilizzo di telefono, telefax, posta elettronica, sms, mms.

I dati personali che La riguardano non saranno da noi diffusi e potranno essere comunicati solo a soggetti funzionali al perseguimento delle medesime finalità per le quali sono stati raccolti nonché per rispettare ordini provenienti da pubbliche Autorità o per esercitare un diritto in sede giudiziaria. Tra tali soggetti sono compresi responsabili ed incaricati del trattamento, consulenti amministrativi e fiscali, istituti di credito, Amministrazione finanziaria, società di elaborazione dati, compagnie di assicurazione.

Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, Lei ha diritto in qualsiasi momento di ottenere: informazioni sulle finalità e modalità del trattamento dei dati che La riguardano nonché sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; la conferma dell'esistenza dei dati, la comunicazione degli stessi in forma intelligibile e della loro origine; gli estremi identificativi del titolare e dei responsabili nonché dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati; l'aggiornamento, la rettificazione ovvero l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, l'attestazione che le operazioni descritte sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati. Lei ha inoltre diritto di opporsi al trattamento dei suoi dati per motivi legittimi o ai fini di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il titolare del trattamento dei dati è l'associazione "Confraternita di Misericordia di Otranto" con sede in Otranto (LE), - Via Mammacasella, sn. Il responsabile del trattamento dei dati è il rappresentante legale pro-tempore dell'Associazione. Per esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, dovrà scrivere a: "Confraternita di Misericordia di Otranto – C.P. 97 – 73028 OTRANTO (LE)", all'attenzione del responsabile del trattamento dei dati di cui sopra.

Confraternita di Misericordia di Otranto

Il rappresentante legale

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO

Ai sensi degli artt. 13, 23 e 26 del D.Lgs. 196/2003, dichiaro di aver preso visione dell'informativa e

do il consenso non do il consenso

al trattamento dei miei dati personali, sensibili e non, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa. In caso di mancato consenso non sarà possibile instaurare e proseguire il rapporto associativo.

Data _____

Firma dell'aspirante socio _____

Firma di un genitore avente la patria potestà* _____

* da apporsi solo se l'aspirante socio è un minore di età non inferiore ai 16 anni.

CERTIFICATO ANAMNESTICO

(da compilare a cura del Medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23/12/1978, n. 833)

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a: Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita _____ prov. ____

a) **Affezioni cardiovascolari:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Specificare: (7) _____

b) **Diabete:** (1) NO SI

Trattamento con insulina: (1) NO SI

Specificare: (2) _____

c) **Malattie endocrine:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Specificare: _____

d) **Malattie del sistema nervoso:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale: _____

Periferico: _____

Postumi invalidanti: _____

Epilessia: (3) (4) _____

Altre: _____

e) **Turbe psichiche:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie: _____

Da traumatismi: _____

Post-operatorie: _____

Da ritardo mentale grave: _____

Da psicosi: _____

Della personalità: _____

f) **Sostanze psicoattive:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool: _____

Uso di stupefacenti: (5) _____

Uso di sostanze psicotrope: (5) _____

Dipendenza da alcool: _____

Dipendenza da stupefacenti: (5) _____

Dipendenza da sostanze psicotrope: (5) _____

g) **Malattie del Sangue:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Specificare: _____

h) **Malattie dell'apparato urogenitale:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Insufficienza renale grave: (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Specificare: (6) _____

i) **Minorazione dell'apparato osteo-articolare:** (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Specificare: _____

j) **Altre patologie in atto o pregresse da segnalare a parere del medico:**

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito alle malattie di cui sopra.
In fede _____ (8)

_____, lì _____ (9)

_____ (10)
(firma e timbro del medico)

NOTE PER LA COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

- (1) Barrare con una X le caselle interessate.
- (2) Specificare una o più eventuali complicazioni: a) oculari, b) nervose, c) cardiovascolari, d) acidosi non compensata.
- (3) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici.
- (4) I soggetti epilettici, oltre al certificato anamnestico, devono presentare una certificazione di data non anteriore a 30 giorni, redatta dalla stesso medico di fiducia o da un sanitario appartenente alle strutture pubbliche, in cui si attesti che tali soggetti non presentino crisi comiziali da almeno 2 anni indipendentemente dall'effettuazione di terapie antiepilettiche di mantenimento e controllo.
- (5) Specificare le modalità d'uso.
- (6) Specificare se l'insufficienza renale risulti positivamente corretta a seguito di trattamento dialitico o di trapianto.
- (7) Specificare se l'affezione cardiovascolare è corretta da protesi o meno.
- (8) Firma leggibile del paziente.
- (9) Indicazione del luogo e della data di rilascio.
- (10) Firma del medico e timbro lineare che, oltre a riportare il nome e il cognome del medico di fiducia, deve indicare anche il numero di convenzione con l'unità sanitaria locale.