

**Modulo di adesione**

**NovaVita**

Associazione Sostegno Postcomatosi e Cerebrolesi  
Sede legale: via F.lli Esposito, 15  
Cassano delle Murge, BA 70020  
Tel. 080 3004569 – 333 9767111  
Email – associazionenovavita@libero.it



Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_  
Stato civile \_\_\_\_\_ Attività \_\_\_\_\_  
Famigliari già iscritti e grado di parentela \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

di aderire come socio all' "**Associazione NovaVita**" onlus  
e di condividere e accettare gli scopi sociali.

Il sottoscritto dichiara di versare la somma di **€ 20,00 (venti/00)**, quale quota associativa per  
l'anno \_\_\_\_\_, ricevendo attestato di versamento a parte con l'identificativo n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*Si allega documento di identità e codice fiscale*

\_\_\_\_\_ *li* \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di socio  
volontario dell'Odv Associazione NovaVita autorizzo/a l' Associazione Sostegno Postcomatosi e Cerebrolesi – NovaVita,  
in conformità a quanto prescritto dal D.Lgs. n. 196/2003, al trattamento ed alla utilizzazione di tali dati e alla loro  
diffusione mediante ogni strumento di informazione e/o comunicazione, per le finalità strettamente connesse e  
strumentali all'attività svolta dall'Associazione NovaVita.

Firma per consenso al trattamento dei dati \_\_\_\_\_