



Domanda di adesione

Il/la sottoscritto/a

Nome: _____ Cognome: _____

nato/a il: ___/___/___/ a: _____ residente in: _____ n. _____

Comune di _____ Prov. _____ Codice fiscale _____

Tel. _____ indirizzo e-mail: _____

chiede di poter aderire all'**Associazione per l'Amministrazione di Sostegno** in qualità di:

Socio ordinario AdS senza assicurazione quota annuale € 60,00 familiare terzo

Socio ordinario AdS comprensiva di assicurazione Infortuni, RC terzi + RC amministratore di sostegno, malattia, tutela legale. **(Ogni due beneficiari l'incremento è di € 50,75)**

familiare terzo

Socio ordinario AdS con 1 o 2 beneficiari:

quota annuale € 60,00 + premio assicurativo € 110,00 , **tot. 160,00**

Socio ordinario AdS con 3 o 4 beneficiari:

quota annuale € 60,00 + premio assicurativo € 160,75, **tot. € 220,75**

Socio ordinario AdS con 5 o 6 beneficiari:

quota annuale € 60,00 + premio assicurativo € 211,75, **tot. 271,75**

Socio ordinario AdS con nr. _____ beneficiari:

quota annuale € 50,00 + premio assicurativo € _____ tot. _____

Sostenitore quota annuale € 60,00

Persona beneficiario/a quota annuale € 60,00

Sono venuto a conoscenza dell'Associazione AdS per mezzo di

Tribunale

Servizi sociali e/o sanitari

Servizio AdS

stampa

internet

passaparola

altro _____



Associazione per l'Amministrazione di Sostegno
Verein für Sachwalterschaft

Il sottoscritto DICHIARA

- a) di conoscere ed accettare lo Statuto e di impegnarsi al rispetto delle disposizioni in esso contenute
- b) di comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute in merito a quanto dichiarato nella presente domanda di adesione
- c) di comunicare l'eventuale decisione di recedere dall'Associazione
- d) di non intraprendere attività contrarie alle finalità dell'Associazione

Il/La sottoscritto/a dichiara che verserà l'importo pari a €_____

- mediante bonifico bancario sul conto Cassa di Risparmio **IBAN IT60I0604511601000005006089** intestato all'Associazione per l'Amministrazione di Sostegno
- in contanti

Bolzano, li _____
(data e firma)



Associazione per l'Amministrazione di Sostegno
Verein für Sachwalterschaft

Comunicazioni ai fini statistici e organizzativi riguardanti la figura di Amministratore di Sostegno.

(in caso di più amministrati compilare più moduli)

Persona amministrata: Iniziali _____ anno di nascita _____

Comune di Residenza _____ Provincia _____

Data nomina _____ Tribunale di _____

(allegare fotocopia del decreto di nomina)

Rapporto di parentela con l'amministrato _____ Persona terza

La persona amministrata normalmente :

vive in famiglia vive da sola vive in una struttura protetta altro _____

La persona amministrata frequenta:

una casa di cura/ casa di riposo centri diurni/residenziali una comunità

altro _____

Tipologia della mancanza di autonomia momentanea permanente

Demenza senile Disabilità cognitiva Coma Malattia psichica Dipendenza

Disabilità fisica Malattia degenerativa Altro _____



Associazione per l'Amministrazione di Sostegno
Verein für Sachwalterschaft

Informativa ex art. 13 D. Lgs. 196/2003

L'Associazione per l'Amministrazione di Sostegno – AdS” tratterà Suoi dati personali nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali, garantendo la sua riservatezza e la protezione dei dati. **Finalità e modalità del trattamento.** I dati saranno utilizzati, dalle persone incaricate dall'Associazione, esclusivamente per lo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Associazione, per la corrispondenza e la rintracciabilità, la gestione del servizio e l'adempimento degli obblighi di legge. I dati non saranno comunicati a terzi né saranno diffusi, salve le necessarie comunicazioni di legge, e saranno contenuti negli archivi cartacei dell'Associazione, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal Codice. **Dati sensibili.** Il trattamento dei Suoi dati, se “sensibili” (ovvero quei dati “idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”), sarà effettuato nei limiti di cui alle autorizzazioni del Garante. I dati sanitari non potranno essere diffusi. **Diritti dell'interessato.** Ai sensi dell'art. 7 del Codice ha il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare, integrare, cancellare i dati, ottenere la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati, scrivendo all'Associazione. **Titolare del trattamento** è l'Associazione per l'Amministrazione di sostegno –AdS”, con sede in 39100 Bolzano, via dei Combattenti 3 i) D.Lgs. n. 196/03 Il/la sottoscritto/a _____ nella qualità di interessato ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. **RICEVUTA**

L'INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 13 AUTORIZZA/DA' IL CONSENSO

al trattamento dei suoi dati personali, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs.n. 196/03 al trattamento dei suoi dati personali sensibili, da svolgersi in conformità a quanto indicato nella suddetta informativa e nel rispetto delle disposizioni del D. Lgs.n. 196/03 e delle autorizzazioni del Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Bolzano, lì

L'INTERESSATO