



Al Consiglio Direttivo
Associazione Italiana per i Disturbi dell'Attenzione,
Iperattività e Patologie Correlate – Sezione Basilicata APS.
Codice fiscale n.90030630777
Largo Sant'Uberto, 43
Policoro (MT)

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a
Il residente aCAP.....in.....
vian.....
Codice Fiscale.....tel. n.....
cell n., e-mail.....
professione.....

CHIEDE

di essere ammesso a socio di codesta Associazione e dichiara di volersi iscrivere:

- Al Comitato Clinico in quanto: Medico specialista in Neuropsichiatria Infantile, Pediatria, Psichiatria, Psicologo, Addetto alla riabilitazione socio-sanitaria, Pedagogista con formazione clinica;
- Al Comitato Scolastico in quanto: Pedagogista, Insegnante o Operatore scolastico;
- In qualità di socio sostenitore.

Per richiedere l'iscrizione al Comitato Clinico o Scolastico è necessario allegare alla presente domanda il proprio curriculum vitae dal quale si evincono i requisiti necessari (titolo di studio ed iscrizione all'albo professionale laddove previsto); il Consiglio Direttivo lo esaminerà e deciderà l'ammissibilità della domanda comunicandolo tramite email. Tutti i soci ordinari avranno la possibilità di ricevere materiale informativo, partecipare a corsi, organizzare incontri di sensibilizzazione in accordo con il Direttivo AIDAI Basilicata APS, partecipare gratuitamente ai congressi organizzati dall'AIDAI Basilicata APS, ottenere sconti laddove previsti.

A tal fine egli/ella dichiara:

- di aver letto lo Statuto di codesta Associazione e di condividerne gli scopi e le norme;
- di accettare, pertanto, senza riserve il predetto Statuto ed eventuali regolamenti interni.

Si impegna a versare la quota sociale annuale determinata dagli organi dell'Associazione pari a 30 euro.

.....li

FIRMA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti in questa domanda, ai sensi del Decreto Legislativo 30/6/ 2003 n.196, Codice in materia di protezione dei dati personali e del Regolamento UE 2016/679.