



## MODULO PER CHIEDERE LA PARTECIPAZIONE AL CORSO VOLONTARI ACCP

Io sottoscritto/a:

Cognome

Nome

Data di nascita

e-mail

Cellulare

occupazione

Chiedo di partecipare al corso per volontari organizzato da ACCP. Sono interessato/a a collaborare nel/i seguente/i ambiti: **(Segnare uno o più quadretti)**

Assistenza/Presenza in Hospice

Scuola

Organizzazione Eventi

Segreteria

Attività Varie

Dichiaro di accettare il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del DL 196/03 e succ. modifiche e di consentire la pubblicazione dei miei dati per lo svolgimento delle operazioni di voto secondo quanto previsto dallo Statuto dell'Associazione.

Data

In fede

.....