



MODULO DI ADESIONE

CONSULTA DEGLI UTENTI, DEI FAMILIARI, VOLONTARIATO, TERZO SETTORE E DELLE ASSOCIAZIONI DELLA SALUTE MENTALE DEL DSM INTEGRATO E COMUNITARIO

Il/La

sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a..... il.....

Residente a: _____ CAP: _____

Indirizzo: _____

Telefono/Cellulare: _____ E-mail _____

In qualità di rappresentante formale:

- ☐ Utenti in forma associata
- ☐ Familiari in forma associata
- ☐ ETS

Sede legale: _____

C.F./P.IVA: _____

E-mail: _____

Telefono: _____

PEC _____

Sito web (se presente): _____

CHIEDE

di aderire alla Consulta degli utenti, dei familiari, volontariato, terzo settore e delle associazioni della Salute Mentale del DSM integrato e comunitario.

Dichiara di:

- partecipare attivamente alle attività, nel rispetto di quanto verrà stabilito nel regolamento e degli altri membri;
- autorizzare il trattamento dei dati personali secondo le normative vigenti (GDPR).

Luogo e Data:_____

Firma: _____

Allegati:

- *copia di documento d'identità valido*
- *Statuto*
- *Atto costitutivo*
- *Eventuale delega a firma del Legale Rappresentante (per gli ETS)*