



**CONFRATERNITA
DELLA MISERICORDIA
DI SETTIGNANO odv**

1470

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

indirizzo _____

città _____ CAP _____ cellulare _____

indirizzo e-mail _____ codice fiscale _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO A FAR PARTE DELLA CONFRATERNITA in qualità di

CONFRATELLO ASPIRANTE

A tale scopo dichiara di condividere gli ideali cristiani su cui si fonda la Misericordia, di accettarne e rispettarne l'identità cristiana e di non tenere comportamenti in spregio alla religione cattolica.

Dichiara inoltre di impegnarsi ad osservare lo Statuto e ad svolgere diligentemente i servizi affidatigli/le.

Altre Associazioni di Volontariato a cui è iscritto/a: _____

Eventuali corsi frequentati attinenti ai servizi della Misericordia (*allegare attestazione*): _____

Firme di presentazione di altri confratelli _____

(*facoltative*) _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 limitatamente ai fini istituzionali relativi alla partecipazione all'Associazione. Dichiara di aver preso visione dello statuto dalla Misericordia. Si impegna a comunicare alla Misericordia ogni variazione alle presenti informazioni

Data _____

Firma _____

Allegati:

Copia documento di identità

Copia codice fiscale

Copia di eventuali attestati di corsi o qualifiche

Attestato di idoneità fisica (se richiesto)

Esaminato nella riunione di Seggio del _____

Esito: _____

il Provveditore _____