



COGNOME _____ **NOME** _____

NATO IL _____ **A** _____ **PROV.** _____

RESIDENZA VIA _____ **N.** _____ **CITTA'** _____

TEL. _____ **MAIL** _____

TITOLO DI STUDIO _____ **PROFESSIONE** _____

COME SEI VENUTA/O A CONOSCENZA DELL'ASSOCIAZIONE AVO?

QUALI SONO LE MOTIVAZIONI CHE TI SPINGONO AD OCCUPARTI DI VOLONTARIATO? _____

HAI AVUTO IN PASSATO ESPERIENZE DI VOLONTARIATO? SE SI DESCRIVILE. _____

COSA TI ASPETTI DA QUESTA ESPERIENZA? _____

COSA RITIENI DI POTER OFFRIRE AI MALATI ED ALL'ASSOCIAZIONE AVO? _____

VALUTANDO I TUOI IMPEGNI RITIENI DI POTER DEDICARE DUE/TRE ORE SETTIMANALI PER IL SERVIZIO DI VOLONTARIATO? SI NO

FIRMA _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento Comunitario GDPR n. 679 DEL 2016. Dichiaro inoltre di essere stato informato in tal senso e di aver ricevuto ai sensi degli Art. 13 e 14 del GDPR n. 679 del 2016 l'informativa sul trattamento dei miei dati.

firma _____