Associazione Italiana
Sindrome 'X-Fragile'
Sezione Calabria

DOMANDA DI ISCRIZIONE/RINNOVO
A SOCIO DI ASSOCIAZIONE ITALIANA SINDROME X FRAGILE APS
e
Sezione Calabria

◯ **Prima iscrizione** ◯ **Rinnovo iscrizione**

Dati del richiedente

La/il Sottoscritta/o
(Scrivere in stampatello)

Nome _____

Cognome _____

Nato a _____

Il _____/_____/_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | |

Recapito telefonico _____

Cellulare _____

E-mail _____

Professione _____

Via/piazza _____

Comune di residenza _____

Prov. _____

CAP _____

Nella qualità di (barrare la casella interessata):

◯ Persona con sindrome x fragile maggiorenne

◯ Persona con pre-mutazione maggiorenne

◯ Persona con altre sindromi correlate al cromosoma X maggiorenne

- ◯ Persona interessata a sostenere le attività associative
- ◯ Genitore di persona con sindrome x fragile o sindromi correlate
- ◯ Altro grado di parentela di persona con sindrome x fragile e sindromi correlate (specificare _____)

Ci sono, nel Tuo nucleo familiare, altre persone con Sindrome X Fragile o sindromi correlate?

- ◯ No
- ◯ Sì

Se nel tuo nucleo ci sono altre persone con Sindrome X Fragile e Sindromi correlate, Ti preghiamo di comunicarci qualche dato, in modo che possiamo aiutarti al meglio!!!

Quante persone con Sindrome X Fragile o sindromi correlate ci sono nel tuo **nucleo familiare?**

Persona 1

- ◯ persona con sindrome x fragile - mutazione completa
- ◯ persona con sindrome x fragile – mosaicismo
- ◯ persona con tremore e atassia (FXTAS)
- ◯ persona con menopausa precoce (FXPOI)
- ◯ persona con premutazione

Altro: _____

Anno di nascita: _____/_____/_____

- ◯ Maschio
- ◯ Femmina

Persona 2

- ◯ persona con sindrome x fragile - mutazione completa
- ◯ persona con sindrome x fragile – mosaicismo
- ◯ persona con tremore e atassia (FXTAS)
- ◯ persona con menopausa precoce (FXPOI)
- ◯ persona con premutazione

Anno di nascita: _____/_____/_____

◯ Maschio

◯ Femmina

Persona 3

◯ persona con sindrome x fragile - mutazione completa

◯ persona con sindrome x fragile – mosaicismo

◯ persona con tremore e atassia (FXTAS)

◯ persona con menopausa precoce (FXPOI)

◯ persona con premutazione

Anno di nascita: _____/_____/_____

◯ Maschio

◯ Femmina

CHIEDE di essere ammesso:

◯ **Quale SOCIO ORDINARIO** ◯ **Quale SOCIO SOSTENITORE**

ad

☐	Associazione Italiana Sindrome X Fragile APS
☐	Sezione Calabria

☐	**DICHIARA** di accettare lo Statuto di Associazione Italiana Sindrome X Fragile APS consultabile sul sito web www.xfragile.net
☐	**DICHIARA** di accettare lo Statuto di Sezione Calabria consultabile sul sito web www.xfragilecalabria.it

e si impegna, nel limite delle proprie possibilità e competenze, a prestare volontariamente e gratuitamente opera di collaborazione per l'attuazione ed il proseguimento degli scopi delle Associazioni.

La quota associativa che ha validità annuale e **scade il 31 dicembre di ogni anno è requisito essenziale per la qualifica di socio.**
Il socio in regola con la quota associativa ha **diritto di voto** e di **usufruire delle convenzioni** in essere tra Associazione Italiana Sindrome X fragile e Sezione Calabria e altri enti.
L'importo della quota sociale è di euro **15,00 (quindici/00) per Associazione Italiana Sindrome X Fragile APS e di euro 15,00 per Sezione Calabria.**
Le quote sociali devono essere versate **entro il 28 febbraio di ogni anno e, dato un accordo tra sezione territoriale e Associazione Italiana Sindrome X Fragile APS, potranno essere versate entrambe alla Sezione territoriale** con le seguenti modalità:

☐ c/c INTESASANPAOLO Agenzia Catanzaro intestato all'Associazione Calabria Sindrome X Fragile, IBAN: IT54E0306909606100000408027

Data

_____/_____/_____

Firma (del diretto interessato)

_____