



# INTERNATIONAL CATHOLIC CHARISMATIC REVIVAL ICCR

**Via San Marino, 16 - 87020 Guardia Terme Piemontese (CS)**

**Contatta: Rev. Fr. Bobby Calunsag +39.3285648458 Email: iccrhomefamily@gmail.com**

## Modulo di Domanda di Ammissione

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_, maggiorenne, chiedo liberamente e volontariamente di essere ammesso/a come membro della ICCR Family APS. Presentando questa domanda dichiaro il mio desiderio di condividere e sostenere la visione, la missione e l'advocacy dell'Associazione, promettendo di rimanere fedele alle sole attività del carisma della ICCR Family, rinunciando all'affiliazione con altri gruppi, e impegnandomi a sostenere l'advocacy della ICCR Family con le mie risorse liberamente e volontariamente, senza obbligo, secondo le mie possibilità. Mi impegno a rispettare i Comandamenti di Dio e a vivere in fraternità con i miei fratelli e sorelle in conformità al carisma della ICCR Family, affinché tutti possano glorificare Dio nella Sua divina volontà. Accetto lo Statuto e i regolamenti interni della ICCR Family APS e mi impegno a osservarli con integrità, riconoscendo che l'adesione è personale, non trasferibile, e che i contributi non sono rimborsabili. Comprendo che l'adesione può cessare nei casi previsti dallo Statuto, inclusi dimissioni, esclusione per cattiva condotta o inattività, e riconosco di essere libero/a di rinunciare alla mia adesione con una valida motivazione, soggetta ad approvazione da parte del Consiglio Direttivo, senza pretendere alcuna restituzione o compenso in caso di rinuncia al mio incarico o alla mia adesione.

In conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e alla normativa italiana sulla privacy, dichiaro di essere stato/a informato/a che i miei dati personali saranno raccolti e trattati esclusivamente per finalità connesse alla gestione dell'adesione, agli obblighi statutari e alla comunicazione delle attività della ICCR Family APS. I miei dati non saranno divulgati a terzi se non nei casi previsti dalla legge o per obblighi statutari. Posso esercitare i miei diritti di accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione contattando il legale rappresentante dell'Associazione. Acconsento al trattamento dei miei dati personali per le suddette finalità e posso scegliere se ricevere o meno comunicazioni riguardanti le attività e le iniziative della ICCR Family APS.

**Luogo/ Data:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente:** \_\_\_\_\_