 **A.IT.A ONLUS LOMBARDIA**

 **Via Alvise Cadamosto, 5 20129 MILANO tel. 02.29.52.93.54**

 **Mail: info@aitalombardia.it**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AD A.IT.A. ONLUS LOMBARDIA**

  **ANNO 2015**

**COGNOME** **NOME**

**INDIRIZZO VIA N°**

**CAP** **CITTA’** **PROV.** **TEL./CELL.**

**INDIRIZZO MAIL**

**TIPOLOGIA DI SOCIO**:

**PERSONA AFASICA** [ ]  **FAMILIARE** [ ]  **CULTORE** [ ]

**VOLONTARIO** [ ]  **SOSTENITORE** [ ]

**QUOTA ANNUALE** [ ]  **EURO 30**  **ALTRO** [ ]  **EURO**

I dati della presente scheda saranno inseriti nell’archivio elettronico di A.IT.A Lombardia nel rispetto di quanto stabilito dal D. LGS n.196/03. Tali dati non saranno oggetto di comunicazione o diffusione a terzi e potranno essere modificati in ogni momento su richiesta scritta da parte del socio.

**DATA FIRMA**

**Consenso per il trattamento di dati sensibili**

Cognome ................................. Nome ...................................

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale":

(BARRARE LA CASELLA APPROPRIATA):

[ ]  Presta il suo consenso per il trattamento dei dati

[ ]  NON presta il suo consenso per il trattamento dei dati

 Firma

**SCHEDA I**

**Per il socio familiare, cultore o sostenitore, da allegare alla relativa domanda di iscrizione**

**COME HA CONOSCIUTO L’ASSOCIAZIONE?**

**CONOSCE DIRETTAMENTE IL PROBLEMA DELL’AFASIA?**

**PERCHE’ SI ISCRIVE ALL’ASSOCIAZIONE?**

[ ]  **Familiare o amico di persona afasica** [ ]  **Cultore di afasia**

[ ]  **Altro**

**DATA FIRMA**

**SCHEDA II**

**Per il socio afasico, da allegare alla relativa domanda di iscrizione.**

**COME HA CONOSCIUTO L’ASSOCIAZIONE?**

**PERCHE’ SI RIVOLGE ALL’ASSOCIAZIONE?**

**RISPONDE PERSONALMENTE AL TELEFONO** SI [ ]  NO [ ]

**LEGGE REGOLARMENTE, O QUALCUNO PER LUI, LA POSTA ELETTRONICA?**

SI [ ] NO [ ]

**PROFESSIONE (se pensionato, indicare comunque l’ultima professione)**

**DA QUANTO TEMPO E’ IN PENSIONE?**

**DA QUANTO TEMPO E’ AFASICO?**

**HA FATTO UN PERIODO DI RIABILITAZIONE?**

**SE SI, DOVE?**

**PER QUANTO TEMPO?**

**SE NO PER QUALE RAGIONE? (Difficoltà a trovare un centro specializzato, difficoltà ad accedervi o altro)**

**FREQUENTA TUTTORA UN CENTRO DI RIABILITAZIONE?**

**SITUAZIONE FAMILIARE (con chi vive, se ha figli, nipoti, fratelli ecc.)**

**RELAZIONI AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA (amici, vicini di casa)**

**ESCE DI CASA AUTONOMAMENTE?**

**E’ IN GRADO DI FARE LA SPESA O ALTRE COMMISSIONI?**

**E’ IN GRADO DI SCRIVERE? (Per annotare un appuntamento, per fare la lista della spesa o altro)**

**E’ IN GRADO DI LEGGERE? (Comunicazioni scritte, brevi articoli di giornale o altro)**

**HA PROBLEMI DI UDITO (sordità)?**

**HA PROBLEMI DI VISTA (cataratta, presbiopia, glaucoma)?**

**CHI SONO LE PERSONE CHE LO ASSISTONO?**

**QUALI SONO I SUOI INTERESSI?**

**CHE COSA FA NEL TEMPO LIBERO? (Lettura, televisione, gioco delle carte o altri giochi, giochi di società)**

**HA UNA PREFERENZA PER UN GIORNO DELLA SETTIMANA?**

**HA COMPILATO IL QUESTIONARIO (Nome di chi ha compilato)**

**HA RISPOSTO ALLE DOMANDE (Nome di chi ha risposto)**

**DATA FIRMA**

**SCHEDA III**

**Per il socio volontario, da allegare alla relativa domanda di iscrizione**

**ETA’**

**PROFESSIONE (se pensionato, indicare comunque l’ultima professione)**

**TITOLO DI STUDIO**

**MOTIVO DI ADESIONE AL SERVIZIO DI VOLONTARIATO**

**PRECEDENTI ESPERIENZE CON PERSONE AFASICHE**

**ALTRE ESPERIENZE DI VOLONTARIATO**

**DISPONIBILITA’ DI TEMPO (min. ½ giornata alla settimana)**

**TIPO DI SERVIZIO CHE SI PREFERIREBBE PRESTARE (Possibili più opzioni)**

[ ]  **Attività ludico-sociali**

[ ]  **Gruppi di intrattenimento**

[ ]  **Collaborazione ad attività AITA, come presenza ai gazebo, per raccolta fondi e promozione attività Associazione.**

**OSSERVAZIONI**

**DATA FIRMA**