



Associazione Nazionale Privi della Vista ed Ipovedenti
Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale

Ente Morale con personalità giuridica di Diritto Privato riconosciuto con D.P.R. n. 126 del 13-02-1981

**AUTORIZZAZIONE RICEZIONE RIVISTA “IL PONTE”
DELL’ASSOCIAZIONE NAZIONALE PRIVI DELLA VISTA ED IPOVEDENTI**

Spett. ANPVI ONLUS

I sottoscritt_ Cognome _____ Nome _____
Nat_ il ___/___/___ a _____ prov. _____
Residente nel comune di _____ prov. _____
Via _____ n. _____ Cap _____
Tel. Abitazione _____ tel lavoro _____
cell. _____ e_mail _____
Codice fiscale _____ Professione _____

CHIEDE

Di ricevere la rivista “ IL PONTE” in formato braille/audio dell’ Anpvi Onlus .

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di essere: (segnare con x la dicitura che interessa)

cieco assoluto

cieco parziale

ipovedente (con un residuo visivo non superiore a 3/10 in entrambi gli occhi o nell’occhio migliore, anche con eventuale correzione o con un residuo binoculare perimetrico inferiore al 60%)

FIRMA _____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali a norma della legge 675/96 ai fini e per gli effetti della sua partecipazione associativa.

Data,

FIRMA _____

Compilalo in ogni sua parte, firmalo e invialo all’indirizzo email anpviapsets@anpvionlus.it allegando un documento d’identità e la tessera sanitaria.