

Spett.le Consiglio Direttivo
dell'Associazione
ANTI-CIPO ONLUS
Via Campomicciolo, 11
05100,
Terni

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____

Residente in Via/Corso/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Tel _____ Cell _____

E-mail _____

Chiede a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'Associazione ANTI-CIPO ONLUS condividendone le finalità istituzionali.

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto associativo.

Individuo come sistema di comunicazione:

racc.a/r

racc. a mano con firma di ricevuta

E-mail all'indirizzo sopra indicato

Luogo _____

Data _____

Firma _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 consento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge.

Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'Associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo _____

Data _____

Firma _____