

MODULO DI ADESIONE

ANNO _____

NUM. _____

Il/la sottoscritto/a _____

chiede

☐ di aderire all'associazione

☐ di far aderire all'associazione il minore _____

DATI SOCIO

Nome _____

Cognome _____

Residente a _____

In _____

Codice Fiscale _____

DATI
DI UN GENITORE
O DI UN TUTORE

Nome _____

Cognome _____

Residente a _____

In _____

Codice Fiscale _____

RECAPITI

Telefono _____

Email _____

DICHIARO

☐ di condividere le finalità statutarie e il regolamento dell'associazione Fuoriclasse Aps

☐ di prestare il mio consenso al trattamento dei dati personali in base al D. Legs. 196/2003 e del regolamento UE 2016/679

☐ di aver effettuato il pagamento della quota associativa

DATA _____

FIRMA _____

La tessera ha validità 12 mesi, a partire dalla data del pagamento della quota associativa