

Modulo d'iscrizione all'associazione, in qualità di socio ORDINARIO per l'anno 2018.

Il sottoscritto

nome: _____ cognome: _____ sesso: M F
nato/a: _____ provincia di: _____ nazione: _____
il: ____/____/____ e residente a: _____ prov.: _____
indirizzo: _____, n.: __ c.a.p.: _____ professione: _____
tel.: _____, cell.: _____, fax: _____, n. whatsapp: _____
e-mail: _____

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione di Promozione Sociale "A.M.S.C.I.L." per l'anno corrente in qualità di **SOCIO ORDINARIO**. A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto presente sul sito <http://www.profumodilucania.it>, di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.

(La quota associativa annuale è di € 20,00. In caso il Direttivo accetti la Sua istanza Le verrà inviata una mail con le istruzioni utili per effettuare il versamento necessario al perfezionamento dell'iscrizione).

Inoltre dichiara: di esonerare l'Associazione A.M.S.C.I.L. da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma _____ Luogo _____ data ____/____/____

Visti i tempi lunghi delle Poste, le nostre comunicazioni saranno inviate via e-mail.

Per coloro che non abbiano indirizzo di posta elettronica tramite whatsapp, sms, telefono.

INFORMATIVA ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., il socio ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo

Firma

Allego copia del seguente documento di riconoscimento: _____.

La tessera è valida per un anno, con scadenza il giorno 31 dicembre.