

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ N. _____

Codice fiscale _____ Tel. _____

Indirizzo e-mail _____

Chiedo di essere ammesso/a quale socio/a dell'APS MAGAZZINO VERONA.

Dichiaro di conoscere e accettare le finalità e gli scopi dell'associazione e di quanto contenuto nello Statuto associativo.

Mi impegno a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati, in esecuzione da quanto previsto dal GDPR, consegnatami assieme alla ricevuta di pagamento della quota associativa.

Chiedo inoltre di ricevere via e-mail, all'indirizzo sopra indicato, le informazioni relative alle attività che verranno proposte e organizzate.

A tal scopo, confermo che i dati anagrafici sopra indicati sono corretti.

Firma del Socio-----
TESSERA ASSOCIATIVA N. _____

Quota associativa anno: _____ Importo € _____

Luogo, _____ li _____

APS MAGAZZINO VERONA

RICEVUTA DI PAGAMENTO N. . _____ TESSERA ASSOCIATIVA N. _____

Quota associativa anno : _____ Importo € _____

Socio ordinario _____

Per ricevuta quota associativa _____

APS MAGAZZINO VERONA

Luogo, _____ li _____