

Domanda di ammissione a socio

Spett.le
Consiglio Direttivo AChiPe
Amici della Chirurgia Pediatrica Trentina
Largo Medaglie d'Oro, 9
38122 Trento (TN)

Dati del richiedente

1. Nome e cognome: _____
2. Luogo di nascita: _____
3. Data di nascita: _____
4. Codice Fiscale: _____
5. Residenza: Via _____ n. _____
6. Comune: _____ CAP: _____ Provincia: _____
7. Tel. Fisso: _____ Cell.: _____
8. Indirizzo Email: _____

Il/La sottoscritto/a chiede a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'Associazione.

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

Luogo _____ Data _____

Firma _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n.196/2003 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari. 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 _____