

ISCRIZIONE SOSTENITORE

COGNOME _____ NOME _____

Nato/a a _____

Prov. _____ il _____ / _____ / _____
giorno mese anno

Residente a _____

CAP prov. _____

Via/piazza _____ n° _____

Tel: _____ / _____ Cell: _____ / _____

E-mail _____

Codice Fiscale

CHIEDO

Di essere iscritto/a all'Associazione Dare per l'anno 2024/2025

DICHIARO

- Di aver preso visione dello statuto dell'Associazione Dare e di accettarlo e dividerlo integralmente;
- Di acconsentire, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei miei dati personali da parte dell'Associazione Dare ai sensi del regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.) ex art. 13 ed in relazione all'informativa ricevuta, per la realizzazione delle finalità istituzionali della stessa nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

li: _____

_____ Firma richiedente