

## ISCRIZIONE SIMPATIZZANTE

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.

lì: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma richiedente