

Spett. Associazione CIBO AMICO
Alla c.a. della Presidenza
Via delle Catese 8 50019 Sesto Fiorentino (FI)

OGGETTO: modulo di iscrizione socio

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____,

residente in _____ provincia di _____

via/piazza _____ nr _____, CAP _____

Tel _____ email _____

- Chiede l'iscrizione a codesta Associazione in qualità di:

Paziente

Familiare

Scuola / ente _____ (nome e luogo)

Altro _____ (specificare)

Come

Socio Ordinario (quota richiesta 0 €)

Socio Sostenitore (quota richiesta almeno 25 €)

- Inoltre dichiara di aver preso visione dello Statuto e dei regolamenti dell'Associazione, di accettarli integralmente ed incondizionatamente

_____ li, _____

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13 del DLGS 30/06/2003 n°196 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 i miei dati personali potranno essere trattati dall'Associazione denominata Cibo Amico ed acconsento al loro utilizzo esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità nei limiti indicati dalla menzionata normativa e dalla informativa su indicata.
