

MODULO DI RICHIESTA DI AMMISSIONE A SOCIO 2019

IL SOTTOSCRITTO/A

nome.....c.f.....

cognome.....

nato/a il a (città/prov. o stato).....

abitante in via n°

cap città prov./stato

tel. cell.

e-mail

GENITORE INSEGNANTE PROFESSIONISTA DSA ALTRO

chiede di essere ammesso all'Associazione SILLABA a.p.s. in qualità di SOCIO:

ORDINARIO SOSTENITORE

- Dichiaro di versare la quota associativa di 10 euro (se ordinario)
- Dichiaro di versare la quota associativa di 20 euro (se sostenitore)
- Dichiaro altresì di rispettare lo statuto dell'Associazione e di attenersi alle deliberazioni degli Organi Sociali
- Accordo il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e art. 7 Regolamento UE nr.679/2016

luogodata firma

FIRMA PRESIDENTE:

Spazio riservato alla segreteria

Socio n° Quota soc. € , validità 2019