DOMANDA DI ADESIONE

All'Associazione VITALBA APS
Via Monte Madonna 20
00060 FORMELLO

Il/la sottoscritto/a
(cognome) (nome)

nato/a a il

residente in Prov.

Via CAP

Codice Fiscale

email

tel. cell. fax

presa visione dello Statuto e dichiarando di accettarlo senza riserve, fa domanda di adesione all'Associazione VITALBA APS in qualità di

SOCIO

A tal fine ha versato la quota associativa annuale di€

Data Firma

(Parte da compilare se in famiglia vi sono persone con disabilità)

Cognome e nome della persona con disabilità

residente in Prov.

Via CAP

Data di nascita Rapporto di parentela

Codice Fiscale

Tipo di disabilità

Ricevuta l'informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 Regolamento Generale Europeo in materia di Trattamento dei Dati Personali e del D.Lgs 196/2003 e successive modifiche, consente al trattamento dei dati personali e di quelli della persona disabile nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e con le modalità indicate nell'informativa medesima, allegata alla presente.

Data Firma