



Il/la sottoscritto/a

Nome:..... Cognome:.....

Nato/a a:..... Il:.....

Residente a:..... Provincia:.....

Via:..... Cap:.....

Cellulare:.....Email:.....

C.F.:.....

CHIEDE

Di entrare a far parte dell'Associazione Alba Rosa ODV in qualità di **SOCIO/A**

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto e di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.

Si impegna a versare la quota associativa annuale di € **20,00** mediante il pagamento con contanti, bonifico bancario IBAN **IT44U0851924303000000706880** presso la **Banca di Credito Cooperativo di Fano** specificando nella causale "quota associativa anno _____".

Firma _____, lì ____/____/_____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, dei riferimenti per i contatti telefonici, e-mail, all'utilizzo dei social, per caricare, scaricare, condividere materiali con i soci e non e di essere reperibile tramite loro **autorizza ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e ai sensi del GDPR** Regolamento (UE) 2016/679 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Firma _____, lì ____/____/_____