DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

(quota associativa annuale 10 Euro)

Spett.le Consiglio Direttivo
Prenditi Cura di Te – ODV
Strada Statale Flaminia, km147
Trevi | 06039 (PG)

C.F. 94175450546
www.prenditicuradite.org

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza_____ n. ____

Codice Fiscale _____cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione "**Prenditi Cura di Te – ODV**"

Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dell'atto costitutivo dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale;
- di aver letto l'informativa allegata e di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi degli artt. 13-14 del Regolamento UE 2016/679, esclusivamente per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data _____ Firma _____

Socio nr. _____

Delibera di ammissione del Consiglio Direttivo del _____