



Associazione Francesca Diletta Gobbi

A sostegno del disagio sociale e delle famiglie di bambini scomparsi per malattie oncologiche.

www.associazione.org

MODULO ISCRIZIONE SOCI

Al Consiglio direttivo Associazione Francesca Diletta Gobbi

Tesseramento valido per tutto l'anno solare, con scadenza il giorno 31 Dicembre.

Il sottoscritto

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F

Nato a: _____ Provincia: _____ Nazione: _____

il: ___ / ___ / ___ indirizzo residenza: _____ n° _____ CAP.: _____

professione: _____

Comune di: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione "Francesca Diletta Gobbi" per l'anno corrente in qualità di **SOCIO ORDINARIO**.

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

Si impegna a versare la quota associativa annuale libera mediante i metodi di pagamento presenti sul sito.

A tal fine dichiara: di esonerare l'Associazione Francesca Diletta Gobbi da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma _____, Data ___ / ___ / _____

Le comunicazioni saranno inviate via e-mail. tramite sms, telefono

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo

Firma

N.Richiesta _____ Data accettazione _____