

Spett.le
APS CITTA' DELL'INFANZIA
Via A. Perrone Capano 14
76125 TRANI (BT)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____)
il _____, residente a _____ CAP _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____,
Codice Fiscale _____, Carta d'Identità n.
_____,
telefono _____/_____, cellulare _____/_____,
e-mail _____,

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione di Promozione Sociale
"CITTA' DELL'INFANZIA".

Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'Associazione e di accettarli e rispettarli in ogni loro punto;
- d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi a seconda dell'attività scelta;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi della Legge 383/2000 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali 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 _____

Spett.le
APS CITTA' DELL'INFANZIA
Via A. Perrone Capano 14
76125 TRANI (BT)

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

Sì No

Luogo e data _____

Firma _____