

RICHIESTA DI ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE "IPPOGRIFO"

Il/la sottoscritto/a _____
residente a (cap) _____ (città) _____ (indirizzo) _____
nato a _____ il _____
tel. _____ e-mail _____ @ _____
C.F. _____

CHIEDE

► di essere ammesso come Socio Operatore all'Associazione "IPPOGRIFO" Volontari Protezione Civile Città di Segni;

DICHIARO

- di ricevere conferma dell'accettazione della richiesta o un motivato rifiuto da parte del Consiglio Direttivo;
- di prestare la mia opera a Titolo Esclusivamente Gratuito;
- di avere letto lo Statuto dell' Associazione e di condividere gli scopi;
- di non avere precedenti penali ne pendenze in corso;

Luogo e data _____

PRIVACY (D.Lgs. 196/2003)

Si informa che i dati forniti saranno tenuti rigorosamente riservati e verranno utilizzati unicamente dall'Associazione per dar corso alla richiesta di adesione e agli adempimenti di legge correlati. I dati saranno utilizzati anche per comunicazioni sociali e resteranno a disposizione per esercitare tutti i diritti previsti dell'art. 7 del citato decreto legislativo. Per nessun motivo tali dati verranno divulgati a terzi senza il necessario consenso. Titolare del trattamento dei dati raccolti è: rappresentante legale pro tempore Associazione IPPOGRIFO Volontari Protezione Civile Segni .

Allego alla presente domanda:

Quota Associativa.
Fotocopia Documento in corso di validità.
1 Foto Tessera.
Certificato Medico di Sana e Robusta Costituzione.

Firma del Richiedente

Timbro e Firma Associazione