

MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE



All'attenzione del consiglio direttivo

Io sottoscritto/a Nome e Cognome

Luogo e data di nascita

Residente in (Via, N., città, Prov., CAP)

Codice fiscale

Partita Iva

Cellulare

Indirizzo mail

Professione

chiedo di entrare a far parte dell'Associazione IPNOSI PER. A tal proposito dichiaro di aver preso visione dello Statuto dell'APS IPNOSI PER, di condividerne scopi e finalità, di volermi attenere a quanto esso prevede ed alle deliberazioni degli organi sociali. Dichiaro inoltre di esonerare l'Associazione IPNOSI PER 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

Luogo e data

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 consento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. 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

Luogo e data
