

A.D.S.A.T.

Associazione D.S.A. Trieste



A.D.S.A.T. – Via Cesare Beccaria 7 – 34123 Trieste

Il/La sottoscritto/a _____ ,

nato/a a _____ () il _____ ,

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ ,

Codice Fiscale _____ , documento identità n. _____

telefono _____ / _____ , cellulare _____ / _____ ,

e-mail _____ ,

per conto proprio / quale esercente la potestà genitoriale sul minore

nato/a a _____ () il _____ ,

residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____ ,

Codice Fiscale _____ ,

CHIEDE

di poter essere ammesso in qualità di socio _____ all'Associazione
"A.D.S.A.T."

Inoltre, il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione e di accettarli e rispettarli
in ogni loro punto;

d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale entro il mese di febbraio dell'anno
corrispondente e dei contributi associativi a seconda dell'attività scelta se non prevista in forma
gratuita;

di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13
D.lgs. n. 196/2003 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 _____

timbro e firma di un rappresentante del Direttivo in carica per accettazione domanda

Data _____