

DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE "AUTISMO FIRENZE ETS"

Io sottoscritt*.....
luogo di nascita.....data nascita.....
residenza.....prov.....cap.....
via/piazza.....
telefono.....email.....
Cod. fiscale.....
Genitore di.....

chiede di essere ammesso/a all'Associazione Autismo Firenze-ETS in qualità di socio ordinario.
Dichiara di accettare senza riserve lo Statuto della stessa ed esprime il consenso al trattamento dati*

Allega alla presente l'attestato di versamento della quota associativa annuale di €. 50,00**, effettuato mediante bonifico bancario, intestato ad "Autismo Firenze-ETS", presso Banca Intesa Sanpaolo SPA, sul conto: IBAN:IT84 D0 3069 09606 10000000 8842 con la causale:
"Quota associativa Anno - Cognome Nome".

Si impegna, al contempo, sempre sul medesimo IBAN, a versare mensilmente il contributo mensile (per 12 mensilità) stabilito dal Consiglio Direttivo.

Firenze.....

Firma.....

* Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/03: I Suoi dati saranno trattati nel rispetto di quanto disposto dal Codice in materia di protezione dei dati personali D.Lgs. 196/2003 ed utilizzati dall'Associazione Autismo Firenze-ETS nell'ambito delle attività statutarie; i Suoi dati saranno trattati in archivi cartacei ed elettronici adottando tutte le sicurezze previste dalla legge. Nell'ambito di tale rapporto, i Suoi dati personali potranno essere comunicati a terzi. Lei può esercitare i suoi diritti di cui all' Art. 7 (correzione, cancellazione, etc. etc.) contattandoci direttamente all'indirizzo e-mail: amministrazione@autismofirenze.org. Esprimo il consenso al trattamento di cui sopra ed accetto senza eccezione alcuna le vigenti norme statutarie che regolano l'attività dell'Associazione.

** quota associativa annuale non divisibile e valida per entrambi i genitori.

