



RICHIESTA ISCRIZIONE

Il sottoscritto.....

nato a(.....), il.....

Cellulare...../.....e-mail:.....

La sottoscritta.....

nata a(.....), il.....

Cellulare...../.....e-mail:.....

residente/i a(Prov.....)

in Via n.,

telefono fisso/.....,

CHIEDE/CHIEDONO

l'iscrizione presso codesta "Associazione Libera Malattie da Aneuploidie Rare 48 – 49 X,Y" impegnandosi a versare la quota di **Euro 20,00** quale quota sociale annua.

Altresì, dichiara/dichiarano di aver preso visione e di accettare lo Statuto ed il Regolamento dell'Associazione.

Dichiara/dichiarano, inoltre, di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse all'attività dell'Associazione nel rispetto delle previsioni normative di cui al decreto legislativo 30.6.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

.....

Luogo e data

Firma

.....
(firma per esteso)