



PARTE DA COMPILARE A CURA DEL CENTRO

N. Tessera ANCESCAO

Numero Tessera Socio Centro

Tipologia socio

Codice Attività

Descrizione Attività

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE

Richiesta di ADESIONE all'ASSOCIAZIONE ☐ **rilascio** ☐ **rinnovo**

Il/La sottoscritto/a chiede di essere ammesso/a quale socio dell'associazione condividendone gli scopi e le finalità istituzionali. A tal fine versa la quota associativa annuale di € 12. Dichiara inoltre di conoscere ed accettare lo Statuto ed il regolamento interno dell'associazione, si impegna al rispetto delle disposizioni in essi contenute e alle norme vigenti.

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO

LUOGO DI NASCITA

Prov. / STATO

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONO

CELLULARE 1

CELLULARE 2

RESIDENTE IN VIA

NUMERO

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

E-MAIL

Il/La richiedente
è maggiorenne

SI
NO

Inserire la data e firmare la richiesta

Compilare il retro del modulo a cura del genitore o del tutore legale

Ricevuto informativa privacy

☐

Firma

San Lazzaro di Savena, ____/____/____

DA COMPILARE SE IL RICHIEDENTE È MINORENNE CON I DATI DEL GENITORE O DEL TUTORE LEGALE

➡ Il genitore o il rappresentante legale **È SOCIO** del Centro Sociale Culturale Ricreativo Annalena Tonelli APS, è in regola con il pagamento della quota sociale e i suoi dati personali non sono cambiati dal momento del rinnovo

COGNOME E NOME

N° Tessera Centro

Il genitore o il legale rappresentante che firma la domanda rappresenta il minore a tutti gli effetti nei confronti del Centro e risponde verso lo stesso per tutte le obbligazioni dell'associato stesso.

Ricevuto informativa privacy ☐

Firma

San Lazzaro di Savena, ____/____/____

➡ Il genitore o il rappresentante legale **NON È SOCIO** del Centro Sociale Culturale Ricreativo Annalena Tonelli APS

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO

LUOGO DI NASCITA

Prov. / STATO

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONO

CELLULARE 1

CELLULARE 2

--	--	--

RESIDENTE IN VIA

NUMERO

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

E-MAIL

Il genitore o il legale rappresentante che firma la domanda rappresenta il minore a tutti gli effetti nei confronti del Centro e risponde verso lo stesso per tutte le obbligazioni dell'associato stesso.

Ricevuto informativa privacy ☐

Firma

San Lazzaro di Savena, ____/____/____