

DOMANDA DI ISCRIZIONE

da compilare e inviare a turni@senzamargini.org

Il sottoscritto chiede di iscriversi all'Associazione Senza Margini ODV in qualità di:

☐ **SOCIO**

Segue, sostiene e promuove il progetto nell'ambito delle proprie relazioni

☐ **VOLONTARIO**

Partecipa operativamente alle diverse attività di servizio

Si può barrare una delle due opzioni o entrambe.

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ **IL** _____

RESIDENTE A _____ **CAP** _____

IN _____

CODICE FISCALE _____

CELL _____ **EMAIL** _____

☐ **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Dichiaro di aver letto l'informativa privacy e acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità associative e per l'adempimento degli obblighi di legge.

DATA _____

FIRMA

Solo i Soci sono tenuti al pagamento della Quota Associativa Annuale Preferibilmente tramite bonifico bancario sul conto intestato a

Associazione Senza Margini OdV

IBAN: IT24B0306909606100000146451

Causale: nome e cognome del richiedente

L'iscrizione potrà essere confermata solo dopo la ricezione del pagamento.