



Domanda di associazione

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Tel. _____ Fax _____

E-mail _____ CF: _____

Indirizzo _____ Cap _____ Città _____

Professione _____

Con la presente il sottoscritto richiede di essere accolto quale socio dell'Associazione Al confine APS

Motivazione _____

All'atto dell'associazione si impegna

- al versamento della quota annuale
- alla condivisione e alla promozione delle finalità dell'Associazione espresse nello Statuto

QUOTE ASSOCIATIVE

- ☐ Quota ordinaria € 70,00
- ☐ Quota di sostegno € 100,00
- ☐ Quota ridotta € 20,00

MODALITA' DI PAGAMENTO

- ☐ Versamento su c/c bancario Iban **IT87A0501801600000012370672** intestato a:
Associazione Al Confine - Milano
(La ricevuta del versamento costituisce giustificativo di pagamento. Indicare nella causale la dicitura "quota annuale associativa".)
- ☐ Contanti

TRATTAMENTO DATI

- ☐ Dichiaro di aver preso visione dello Statuto dell'Associazione Al Confine aps e di condividerne i contenuti.
- ☐ Dichiaro di autorizzare l'Associazione Al Confine aps al trattamento dei dati personali.

In conformità al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 art. 13 sulla tutela dei dati personali, Al Confine garantisce la massima riservatezza dei dati da Lei forniti e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione, scrivendo a Al Confine aps Corso di Porta Nuova 16 c/o Studio Loli 20121 Milano o inviando mail a info@alconfine.net

I Suoi dati verranno utilizzati da Al Confine al solo scopo di inviare in futuro informazioni sui programmi e le iniziative dell'Associazione.

In fede.

Data _____ Firma _____