



## 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 inviarLe in futuro informazioni sui programmi e le iniziative dell'Associazione.

In fede.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Associazione Al Confine aps**

Corso di Porta Nuova 16 c/o Studio Loli - 20121 Milano tel. 3294477240

info@alconfine.net www.alconfine.net

**C.F. 97461890150**