



### 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

### 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 o inviando mail a [info@alconfine.net](mailto: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 \_\_\_\_\_