



*a sostegno di familiari, amici e utenti affetti
da disturbi del comportamento alimentare*

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Il/la sottoscritto/a nato a il

Residente a (....) in via n.

c.f. tel e-mail

CHIEDE

di diventare socio dell'associazione e si impegna a versare la quota annuale di iscrizione di € 10,00 (dieci/00) all'accettazione della presente domanda;

DICHIARA

Di aver preso visione e di accettare quanto previsto dallo Statuto dell'Associazione.

Data e luogo

Firma

.....

Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, consento al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari e con le modalità indicate nell'informativa medesima.

Nome e Cognome

Data e luogo

Firma

.....

