

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a il ____/____/____ a _____ (Pr. _____)

e residente a _____ (Pr. _____)

in Via / Piazza / Strada _____ n° ____ CAP _____

Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapito telefonico: ____/____/____ cell. ____/____

Mail: _____@_____.

In qualità di:

- Genitore/Familiare/Tutore/Amministratore
- Professionista (titolo _____)
- Altro (specificare _____)

CHIEDE

di iscriversi all'Associazione "Autismo Abruzzo Onlus" come:

- Socio ordinario (Genitore/Familiare/Tutore/Amministratore)
- Socio Sostenitore (quota annuale 30,00 €)

Dichiara di aver letto lo Statuto dell'Associazione e di condividerne le finalità.

Autorizza al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. n. 196 del 30 giugno 2003

Data ____/____/____

Firma _____

NB: I dati non verranno ceduti a scopo pubblicitario.

Questa scheda va inviata per posta elettronica all'indirizzo segreteria@autismoabruzzo.it