



RICHIESTA ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a..... nato/a..... (Prov.....)

il....., Cellulare..... e-mail.....

residente a In Via.....

Prov (.....)

In qualità di:

Genitore/fratello/sorella/figlio/figlia

Tutore di....., nata/o il

(in caso di persona non in grado di autorappresentarsi)

Tipo di disabilità/patologia.....

Diretto/a interessato/a CHIEDE/CHIEDONO

l'iscrizione presso codesta Associazione " Il Faro" famiglie oltre la disabilità ODV, impegnandosi a versare la quota di **Euro 20,00** quale quota sociale annua, tramite bonifico o in contanti dietro regolare ricevuta.
Dati bancari: BANCA UNICREDIT- IBAN IT23A0200826203000105888866

Dichiara/dichiarano di aver preso visione e di accettare lo Statuto ed il Regolamento dell'Associazione e di prestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità connesse all'attività dell'Associazione nel rispetto delle normative di legge

Data luogo.....

Firma

.....