

## MODULO ISCRIZIONE "Trasformati"

Al Consiglio direttivo di "Trasformati",

Via Vezio Crisafulli, 39 cap 00166 Roma CF/PI 15281941003

**Tesseramento valido per tutto l'anno solare, con scadenza il giorno 31 Dicembre.**

Il sottoscritto

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_ Sesso:  M  F

Nato a: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Nazione: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP.: \_\_\_\_\_

professione: \_\_\_\_\_

Comune di: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione "Trasformati" per l'anno corrente.

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto e del regolamento presente sul sito [www.trasformati.it](http://www.trasformati.it), di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.

Si impegna a versare la quota associativa annuale di € 40,00 in contanti, o a mezzo bonifico bancario al seguente Iban IT 82 0 01030 03216 000002535322 intestato a Trasformati, via Vezio Crisafulli, 39, 00166, Roma, CF/PI 15281941003

A tal fine dichiara: Di esonerare Trasformati da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Le comunicazioni saranno inviate via e-mail. tramite sms, telefono

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo

Firma .....

*Allegare copia di un documento valido*

N.Richiesta \_\_\_\_\_ Data accettazione \_\_\_\_\_