



ASSOCIAZIONE NAZIONALE FRA MUTILATI ED INVALIDI DI GUERRA E FONDAZIONE

SEZIONE

MODULO RICHIESTA AMMISSIONE A SOCIO

DATI ASPIRANTE SOCIO

COGNOME: _____ NOME: _____

PROFESSIONE: _____ LUOGO DI NASCITA: _____ DATA DI NASCITA: _____

INDIRIZZO: _____ C.A.P. _____ CITTA': _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____ FAX. _____ E-MAIL _____

RAPPORTO DI PARENTELA CON IL SOCIO ISCRITTO:

FIGLIO

NIPOTE

PRONIPOTE

NOME DEL SOCIO: _____

SEZIONE DI APPARTENENZA: _____

NUMERO D'ISCRIZIONE: _____

DATA -----

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione e di accettare lo Statuto dell'Associazione ed i regolamenti.

Firma _____

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver letto l'informativa sui trattamenti dei dati personali e formula il proprio consenso alla loro trattazione.

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEZIONE

RICEVIMENTO MODULO DATA:	ACCETTAZIONE RICHIESTA DATA:	NUMERO ASSEGNATO AL SOCIO N.
QUOTA ASSOCIATIVA ANNO	IMPORTO: 15 EURO	VERSATA IL