

DOMANDA DI AFFILIAZIONE all'I.S.A.R.D

Denominazione:	Acronimo:	
Indirizzo (sede legale)		
Comune	Provincia	CAP
TEL.	PEC (riferita all'Associazione)	
E-MAIL	CELL. Presidente	
C.F. / P.IVA	CELL. Segretario/Altro	
Recapito per corrispondenza (presso)		

DATI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

(Cognome e Nome) C.F.:

Il Presidente (Cognome e Nome) C.F.:
Nato a il
Indirizzo Cap Comune
Documento di riconoscimento N°
Rilasciato da di in data Scadenza

Chiede di poter essere affiliati AD ISARD NUOVA AFFILIAZIONE per l'anno: 2024

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Il sottoscritto, letta l'informativa pubblicata anche sul sito www.csen.it ed acquisite le informazioni fornite dal C.S.E.N. ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità da trattamento dei dati, i soggetti a cui gli stessi potranno essere comunicati, anche in qualità di incarichi nonché sui diritti di accesso ai suoi dati personali forniti con la facoltà di chiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e cancellazione ad opporsi all'invio di comunicazioni promozionali, presta il consenso al trattamento dei dati obbligatori all'esecuzione del servizio richiesto, questo vale anche per i tesserati iscritti in questo modulo i quali hanno dichiarato al firmatario la stessa cosa.

L'affiliazione dell'ODV è gratuita come la responsabilità RCT, solo per le affiliate CSEN.

..... li / /

.....

Firma del Presidente

