

ASSOCIAZIONE ASTROFILI SEGUSINI

Il/La sottoscritto/a chiede di essere iscritto/a all'Associazione Astrofili Segusini.

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ____/____/____ Luogo di nascita: Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Nazionalità _____

Indirizzo _____

CAP _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ FAX _____

Cellulare _____ (Gestore _____)

E-mail _____@_____

Desidera ricevere le *Circolari interne* e le *Nova* tramite posta elettronica Si ☐ No ☐

Desidera ricevere eventuali comunicazioni tramite posta elettronica Si ☐ No ☐

Il/La sottoscritto/a si impegna a rispettare le norme statutarie e le deliberazioni degli organi sociali validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo Statuto sociale.

(Luogo e data) _____

(Firma) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Acquisite le informazioni rese ai sensi dell'Art. 10 della Legge 675/96, acconsento al trattamento dei dati personali per il loro utilizzo nell'ambito associativo e per l'esecuzione di adempimenti di legge.

(Luogo e data) _____

(Firma) _____

Informazioni facoltative:

Strumenti posseduti _____

Campi di interesse _____

PARTE RISERVATA ALL'AAS

☐ AMMESSO

☐ NON AMMESSO con la seguente motivazione:

(Luogo e data) _____

Il Presidente