



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':	PROVINCI A
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