



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	CODICE FISCALE	E-MAIL
----------	----------------	--------

**IL SOTTOSCRITTO AUTOCERTIFICA DI ESSERE DISCENDENTE IN LINEA DIRETTA DEL
TITOLARE DI PENSIONE DI GUERRA IN QUALITA' DI:**

☐ FIGLIO ☐ NIPOTE ☐ PRONIPOTE

NOME DELL'INVALIDO DI GUERRA: _____

EVENTUALE 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 _____

In caso di minori aventi diritto (16-17 anni)

Firma del genitore o tutore legale

SPAZIO RISERVATO ALLA SEZIONE

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