

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO**

**A**

IL SOTTOSCRITTO.....F  M

NATO A.....IL.....

RESIDENTE A.....CAP.....

VIA/P.ZZA.....N°.....

TEL.....CELL.....

CODICE FISCALE.....

E-MAIL.....ISCRITTO PER LA SESSIONE DI.....

NUOVA ISCRIZIONE

RINNOVO

**IL RICHIEDENTE E' INFORMATO CHE IN ASSENZA DI UN CERTIFICATO MEDICO VALIDO PER L'ANNO ACCADEMICO CORRENTE NON PUO' IN NESSUN MODO FREQUENTARE I CORSI.**

Presa visione dell'atto costitutivo, dello statuto sociale e del regolamento interno dell'associazione, nei quali mi riconosco e mi impegno a rispettare integralmente, nonché della polizza di assicurazione, chiedo di essere ammesso alla frequenza dei corsi che vi si tengono e di esservi iscritto in qualità di socio. Ho anche preso visione che esiste la possibilità facoltativa di poter stipulare una polizza assicurativa di tipo A o tipo B per infortuni durante l'attività. La qualifica di socio ha valore per un solo anno. Autorizzo l'associazione a utilizzare i mie dati personali in base alla legge del 30 giugno 2003 n°196 per il perseguimento degli scopi sociali. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purchè la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

Autorizzo la comunicazione del mio indirizzo e del mio recapito e-mail ad Enti ai quali l'associazione è affiliata.

LUOGO.....DATA.....

FIRMA.....

