

MODULO ISCRIZIONE ASSOCIAZIONE ANNO 2023

**Al Consiglio direttivo Associazione FBI AGENCY
con sede al C.so Garibaldi,80 C/mare di Stabia (NA)**

**TESSERAMENTO VALIDO PER TUTTO L'ANNO SOLARE, CON SCADENZA IL
GIORNO 31 DICEMBRE.**

Il sottoscritto

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F

Nato a: _____ Provincia: _____ Nazione: _____

il: ___ / ___ / ___ indirizzo residenza: _____ n° _____ CAP.: _____

professione: _____

Comune di: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione Culturale "FBI AGENCY" per l'anno corrente in qualità di **SOCIO ORDINARIO**.

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto e del regolamento presente sul sito www.fbiagency.it di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.

Si impegna a versare la quota associativa annuale di € **100,00** mediante bonifico bancario al seguente IBAN **IT97H0306967684510749168722** oppure con carta di credito sul sito www.fbiagency.it ed **inviare ricevuta del pagamento, modulo compilato, firmato e timbrato al seguente indirizzo mail PEC: fbiagency@pec.it**

A tal fine dichiara: Di esonerare l'Associazione FBI AGENCY da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'Associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma _____, li ___ / ___ / _____

Le comunicazioni saranno inviate via e-mail, tramite sms o telefono

INFORMATIVA AI SENSI DELL'art. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa. Autorizzo.

Firma

Allegare copia di un documento valido

N. Richiesta _____ Data accettazione _____