



Federide Onlus
Associazione senza fine di
lucro per
gli adolescenti con linfoma di
Hodgkin per la ricerca e la cura
della malattia

MODULO DI ASSOCIAZIONE PERSONE FISICHE

IL SOTTOSCRITTO

nome: _____ cognome: _____

nato a: _____ (comune) _____ (provincia) il: _____

RESIDENTE

in Comune di: _____ Provincia: _____

all'indirizzo: _____ (via, piazza, ...) _____ (numero civico) CAP: _____

telefono: _____ e-mail: _____

Codice Fiscale: _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A ALL'ASSOCIAZIONE SENZA FINI DI LUCRO DENOMINATA
FEDERIDE ONLUS

- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELLO STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE
- ALLEGA COPIA DELL'AVVENUTO PAGAMENTO DI € 20,00 PER LA QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE
- ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DA PARTE DELL' ASSOCIAZIONE SENZA FINI DI LUCRO DENOMINATA FEDERIDE ONLUS PER ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DI FUTURE INIZIATIVE, AI SENSI DELLA LEGGE 196/2003 E SUCCESSIVE MODIFICHE.

Data: _____

Firma: _____

Il modulo deve essere compilato in stampatello ed in ogni sua parte.
I dati richiesti sono obbligatori ai fini fiscali.

