



DOMANDA DI AMMISSIONE SOCIO

Tesseramento valido per l'anno 20___/20___

Validità dal 1° agosto e scadenza il 31 luglio

Si prega di scrivere in stampatello MAIUSCOLO

Rinnovo Nuova Iscrizione

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F

Codice Fiscale: _____

indirizzo: _____ n° _____

Comune di: _____ PROV: (_____) CAP: _____

Telefono Cellulare: _____ e-mail _____@_____

Numeri figli che frequentano Istituto "Maironi da Ponte": 0, 1, 2

Nome alunno (1): _____ Classe _____ Sez. _____ Plesso _____

Nome alunno (2): _____ Classe _____ Sez. _____ Plesso _____

acconsento a ricevere comunicazioni dall'associazione tramite email

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione di promozione sociale denominata "**Associazione dei Genitori** ISS "Maironi da Ponte" per l'anno corrente in qualità di:

SOCIO ORDINARIO €10,00 (genitore di alunno iscritto all'ISS "Maironi da Ponte")

SOCIO SOSTENITORE € 20,00 (non genitori degli alunni all'ISS "Maironi da Ponte")

A tale proposito dichiara di aver preso visione dello **Statuto** dell'Associazione pubblicato sul sito <https://www.maironidaponte.edu.it/index.php/files/336/Associazione-Genitori/184/Statuto-Associazione-dei-Genitori.pdf>, di condividere gli scopi e le finalità, di volersi attenere a quanto in esso contenuto ed alle deliberazioni degli organi sociali.

Si impegna a **versare la quota associativa** annuale mediante il pagamento in contanti, o attraverso i pagamenti elettronici disponibili e registrati alla consegna del presente modulo.



Richiedo altresì di far parte del **gruppo di lavoro** per il supporto agli eventi permettendo l'inserimento del mio numero telefonico nel gruppo WhatsApp di riferimento SI NO

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016. 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 DL 196 del 30 giugno 2003 e Reg. UE 679/2016, 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.

Data, ____/____/____

FIRMA PER ACCETTAZIONE DEI PUNTI SOPRA ELENCATI _____