



DOMANDA DI AMMISSIONE COME SOCIO ORDINARIO
(da compilare e trasmettere via e-mail a segreteria@paraplegicilivorno.com)

Cognome e Nome:

Codice Fiscale:

Nato a: il:

Residente a:

Indirizzo:

Cap: Prov:

Telefono: Cellulare:

E-mail:

**Richiede di essere ammesso in qualità di:
Socio Ordinario**

(quota associativa annuale €30.00)

Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto sociale e di aver preso atto dell'informativa sulla tutela dei dati personali resa ai sensi del Codice Privacy (D.lgs 196/03) e disponibile all'indirizzo :
<http://www.paraplegicilivorno.com/privacy>

Data: Firma:

N.B.: Allegare copia della ricevuta del versamento