



MODULO DI TESSERAMENTO (ASSICURAZIONE)

Cognome		Parte riservata all'associazione:
Nome		
Sesso ☐ Femmina ☐ Maschio	Data di nascita ____/____/____	Id Socio
Luogo di nascita		N° tessera
Codice fiscale		
Residenza – Indirizzo		
CAP	Comune	Provincia
Telefono fisso		Cellulare
e-mail		

CHIEDE

di essere iscritto/a, dichiarando di impegnarsi ad attenersi all'attuale statuto e ad osservarne i regolamenti, quale tesserato dell'associazione **AMICI DELL'UNIVERSITÀ – A.S.D.**, attenendosi a pagare la quota assicurativa di **€ 10,00 annui**.

A tal fine versa la quota mediante una delle seguenti modalità:

o **Bonifico bancario: beneficiario AMICI DELL'UNIVERSITA – A.S.D.,**

IBAN: IT 46 Y 02008 02223 000104663210 e contestuale invio a

amici.universita@units.it della copia del bonifico avvenuto

o **Contanti**

CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali - esclusivamente per gli scopi associativi - nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Trieste, ____/____/____

FIRMA
