

DOMANDA DI ADESIONE

Nome:

Cognome

Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza:

Domicilio:

Telefono:

Fax:

Cellulare:

E-mail:

Socio: Effettivo Simpatizzante

Dichiaro di aver letto lo statuto e mi impegno a rispettarlo integralmente

Firma dell'associato

Socio presentatore

Firma

Socio presentatore

Firma

Autorizzo, ai sensi della Legge 675 / 96, l'Associazione Culturale "Salento delle Brianze" al trattamento dei miei dati personali solo per esigenze relative agli scopi associativi.

Data

Firma dell'associato

.....

.....