

DOMANDA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ matr. _____
nato/a il _____ a _____ prov _____
residente a _____ cap _____ prov _____
via _____ assunto/a il _____
mail _____ tel. _____ reparto _____

DICHIARA

- Di voler aderire all'associazione intestataria a decorrere dal _____
col profilo 'standard' oppure col profilo 'plus'
- Che presa visione dello Statuto e del Regolamento, autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili che lo/a riguardano, funzionali all'esercizio dell'Associazione, in base alla Legge 675/96
- In base all'art. 5 del regolamento, che i familiari a suo carico, come da detrazioni richieste ad ATC, sono i seguenti:

CONIUGE

SI

NO

Figli

0

1

2

3

4

- Che intende versare il contributo associativo annuo, pari al valore di 15 o 20 ore per se, più 1,92 ore di ferie per ogni familiare risultante a carico, diviso in 12 mensilità in :

ORE DI FERIE

DENARO

Data _____

Firma _____

Nel caso che si siano barrate caselle di familiari a carico (coniuge e/o figli) si prega di indicare per ciascuno cognome , nome e data di nascita.

CONIUGE _____

FIGLIO 1 _____

FIGLIO 2 _____

FIGLIO 3 _____