



RICHIESTA DI ADESIONE ASSOCIATO MINORE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

CF. _____

Residente (o domiciliato) a _____ CAP _____

in via/piazza _____ n. _____

Tel. _____ mail _____

CHIEDE per il figlio/a minore _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

CF. _____

che possa aderire come associato ordinario all'Associazione Il Sugo Teatro Ets.

Dichiara di accettare quanto previsto dallo statuto e dal regolamento della Associazione, in particolare di:

- a) rispettare lo statuto, gli eventuali regolamenti e, quanto deliberato dagli organi sociali;
- b) attivarsi, compatibilmente con le proprie disponibilità personali per il conseguimento dello scopo;
- c) versare la quota associativa secondo l'importo stabilito dal consiglio direttivo.

Essendo prevista, versa contestualmente la quota associativa di 10 euro.

Dichiara di aver ricevuto e letto l'informativa sul trattamento dei dati personali per l'attività di volontariato art. 13 GDPR 679/16 sulla privacy.

Firma _____

Data e luogo ____ / ____ / _____

n. libro soci _____ n. tessera _____