



# Domanda di ammissione a socio Achipe

**Spett.le**

Consiglio Direttivo Achipe

Amici della Chirurgia Pediatrica Trentina

Via Fratelli Bronzetti 29 – TN

38122 Trento (TN)

## Dati del richiedente

Nome e cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

Codice Fiscale

Residenza

Via

N.

Comune

CAP

Provincia

Tel. Fisso

Cell.

Indirizzo Email

Il/La sottoscritto/a chiede a questo spett.le Consiglio Direttivo di essere ammesso quale socio dell'Associazione.

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.

**Luogo**

**Data**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.lgs. n.196/2003 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

**Luogo**

**Data**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

Alla domanda va allegato il versamento della quota associativa annuale di **€ 10,00**  
da versare sul CC della Cassa Rurale Alta Valsugana  
**IBAN IT 85E0817835224000001151307**