



Associazione Dipendenti
di Roma Capitale

MODELLO DI ADESIONE (Socio)

Il/la Sottoscritto/a

Nato/a (.....) il

Residente a (.....) CAP

Via n.....

Tel. Uff. Cell.

N° ind. Professione in servizio

E-mail:

Chiede di essere ammesso in qualità di socio e autorizza la trattenuta di euro 7,00 (sette/00) mensili, quale quota associativa, da versare in unica soluzione per euro **84,00** (ottantaquattro/00) entro il primo mese dell'anno, sul C/C n° **1027591856** o tramite bonifico su IBAN: **IT 45 R 076 01 03200 001027591856** di Poste Italiane, intestato ad "Associazione La Dignità" con causale "Nome Cognome Anno Iscrizione" e la frase "Quota Socio".

La presente autorizzazione è revocabile mediante comunicazione scritta da inoltrare all'ente di appartenenza e a la Associazione entro e non oltre il mese di ottobre di ciascun anno ed avrà decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo alla comunicazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere in possesso dei requisiti previsti dallo statuto per essere ammesso in qualità di socio e di aver preso visione dello statuto del regolamento dell'associazione e di condividerlo ed accettarlo in ogni sua parte.

Firma per adesione

Roma,

I dati trascritti che Lei, ai sensi del D.l.g.s. 196/2003, ci autorizza a trattare e comunicare, saranno utilizzati per il perseguimento degli scopi statutarie promozionali dell'attività dell'Associazione.

I dati da Lei rilasciati potranno essere cancellati o modificati a semplice richiesta da inviare tramite email all'indirizzo di posta: **amministrazione@ladignita.it**

La firma apposta in calce alla presente delega, vale come autorizzazione al trattamento delle notizie fornite.

Il Presidente - **Luca Abatecola**

Firma

cell. **347.7200065**
info@ladignita.it
www.ladignita.it

.....