



Insieme

Associazione

Ansia - Attacchi di Panico - Agorafobia

I sottoscritt _____ nat il _____

a _____ e residente a _____

Via _____ n° _____ C.A.P. _____ Tel. _____

Indirizzo e-mail _____ Stato Civile _____

Titolo di studio _____ Professione _____

CHIEDE

di essere iscritta/o all'Associazione di Volontariato **INSIEME**. in qualità di:

Socio Effettivo

Socio Sostenitore

Allega ricevuta di versamento di € _____ effettuato in data _____

_____ li _____

Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'Art. 23 del D. Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali per gli scopi inerenti le attività associative dell'Associazione Insieme.

Firma