



## Associazione Insieme Onlus Ansia-Attacchi di Panico-Agorafobia

Il 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 **INSIEME ONLUS** in qualità di:

Socio Effettivo

Socio  Sostenitore

Allega ricevuta di versamento di € \_\_\_\_\_ effettuato in data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

### 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 Onlus.

Firma