



**DOMANDA DI ISCRIZIONE
ALL' ASSOCIAZIONE
CENTRO ITALIANO FEMMINILE DI VICOPISANO**

La sottoscritta.....
nata a..... il.....
e residente in..... Prov ()
via..... n.... cap..... tel.....cell.....

CHIEDE

di essere ammessa come ADERENTE al Centro Italiano Femminile di Vicopisano con quota di iscrizione annuale di Euro 30/00.

Luogo.....,li.....

In fede

La sottoscritta dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ex art. 13 del d.lgs. 196/2003, e quindi di essere a conoscenza delle finalità del trattamento, delle generalità del titolare e del responsabile del trattamento, e dei propri diritti in materia di dati personali ex art. 7 del d.lgs. 196/2003.

Firma
