



matr.n.

ASSOCIAZIONE DI PUBBLICA ASSISTENZA- SIENA
Siena, Viale Mazzini, 95-Via N. Bixio, 14. Tel.057743113
www.pubblicaassistenzasiena.it

.....l..... sottoscritt.... cognome.nome.....
nat.. ail.....
domiciliat... vian°.....
città..... tel.....
mail.....

DOMANDA

di essere iscritto alla Associazione di Pubblica Assistenza di Siena in qualità di SOCIO, impegnandosi a pagare la quota annua con continuità.

Avendo ricevuto l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D.L. 196/2003 e del G.D.P.R. 2016/679, consento al loro trattamento da parte dell'Associazione di Pubblica Assistenza di Siena, nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.

Siena.....

Firma del richiedente

.....

Altri componenti il nucleo familiare iscritti all'Associazione:

- _____
- _____
- _____