

Spett.le Centro Ricerche Tai Chi A.S.D.
Via Trenno, 41 – 20151 Milano

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____)
il ____/____/____ residente a _____ (____) CAP _____
Via/Piazza _____ n° ____ Codice Fiscale _____
cellulare _____ email _____

Genitore/esercente la potestà genitoriale di _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____ residente a _____ (____)
CAP _____ Via/Piazza _____ n° ____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

Che il minore venga ammesso in qualità di associato al Centro Ricerche Tai Chi ASD

DICHIARA

Di aver preso visione dello Statuto e di accettarlo e rispettarlo in ogni loro punto.
Di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi a seconda delle attività scelte.
Di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy fornita.
Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme.
Di dare il proprio consenso all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione diretta (via mail, messaggistica telefonica, posta ordinaria) per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione.

Maestro/Insegnante/Istruttore di riferimento _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

La quota associativa di 30 euro e il contributo per il corso devono essere versati con bonifico bancario intestato a: CENTRO RICERCHE TAI CHI ASD – IBAN IT 50 P 05034 01717 00000000 5153
Causale: quota associativa a.s. 24/25 30 euro + contributo corso (nome Insegnante) "XX" euro

Riservato alla segreteria

Ammesso dal Direttivo in data _____ iscritto al libro soci con numero _____