

# MODULO D'ISCRIZIONE



Il sottoscritto chiede l'iscrizione al IK C.R.A.L Campania, in qualità di socio, con validità di un anno, dichiarando di aver preso visione e di accettare tutte le norme dello statuto.

**QUOTA ASSOCIATIVA €**

DETTAGLI \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

CELLULARE

EMAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

TESSERA CRAL N°

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy (art. 13 D.Lgs n° 196/2003) ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali (art. 23)

DATA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2017 FIRMA \_\_\_\_\_



IKCRAL



[IKCRAL@GMAIL.COM](mailto:IKCRAL@GMAIL.COM)



[WWW.IKCRAL.IT](http://WWW.IKCRAL.IT)