



FOTOGRAFIA

ALL'UNIVERSITA' DELLA TERZA ETA' - Q. U. 3
QUARTU SANT' ELENA

TESSERA
N.

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

Io sottoscritt.Cognome..... Nome.....
Nat... a..... (prov.....) il..... Codice
Fiscale..... via.....No.....
C.A.P..... Città..... (prov.....)
Telefono..... Cellulare.....
Indirizzo di posta Elettronica (e-mail).....@.....
Professione (attuale e/o precedente).....
Anno di eventuale prima iscrizione (in caso di rinnovo)

CHIEDO

A questa Associazione di potermi iscrivere/rinnovare in qualità di socio ordinario.

Dichiaro d'aver preso visione dello STATUTO e di accettarlo.

Dichiaro di essere a conoscenza delle proposte di attività dell'Associazione.

Prendo atto che i programmi possono essere soggetti a modifiche in funzione delle esigenze

Fornisco il mio indirizzo e-mail per ricevere comunicazioni urgenti sulle lezioni/avvisi per le convocazioni assembleari.

Acconsento a che da detto indirizzo i miei dati personali siano utilizzati esclusivamente per i fini inerenti ai compiti dell'Associazione .

- Allego no 2 fototessera. (solo per i nuovi soci)

- La ricevuta del versamento sul c/c postale no 11057098 della quota associativa di 80,00 (ottanta/00) .

CERTIFICATO MEDICO NON OBBLIGATORIO come da L. 9 Agosto 2013 n.98.

Data

FIRMA

RICEVUTA DEL VERSAMENTO
DELLA QUOTA ASSOCIATIVA