



# ASSOCIAZIONE CULTURALE "S.O.F.I."

## SCUOLA DI OSTEOPATIA FRANCO ITALIANA

Il/la sottoscritto/a

Nome: ..... Cognome: .....

Nato/a a: ..... Provincia di (.....) il ..... / ..... / .....

e residente in Via ..... n° .....

CAP..... del Comune di ..... Provincia di (.....)

Codice Fiscale .....

Telefono: ..... e-mail: .....

Dopo aver letto lo Statuto dell'Associazione e trovandosi in accordo con i principi dell'Associazione,

**CHIEDE**

**di entrare a far parte**

**dell'Ass.ne Culturale "S.O.F.I."**

**come *SOCIO ORDINARIO***

Luogo ..... Data ..... / ..... / .....

Firma .....

### **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96**

I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi della comunità. Ai sensi dell'art. 13 della L. 675/96, ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati.