

SCHEDE ISCRIZIONE PENSIONATO

..L... SOTTOSCRITTO/A COGNOMENOME.....

DATA DI NASCITA A ()

DOMICILIO

CAP. CITTA'

TEL. CELL. TEL. AB.

E-MAIL

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL' A.T.L.A.V.

DICHIARA

di conoscere ed accettare lo statuto dell'**ATLAV** ;
di comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di indirizzo, telefoni ed e-mail.

La presente adesione si prorogherà tacitamente di anno in anno, salvo revoca da comunicarsi, tramite apposita lettera/mail indirizzata ad ATLAV, entro e non oltre tre mesi dalla scadenza annuale.

L'eventuale revoca avrà comunque efficacia al termine dell'annualità di riferimento.

La quota associativa pari a €. 36,00 annue verrà versata con bonifico bancario a favore di ATLAV sull'IBAN IT 38 K 01005 03239 0000000 19349.

Dichiara di essere a conoscenza e di accettare lo Statuto dell'Atlav.

Si autorizza l'Atlav al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi e per gli effetti della normativa italiana ed europea in materia di protezione dei dati personali di cui al Regolamento (UE) 2016/679.

Roma lì,

.....
(Firma leggibile)

Spazio riservato alla Segreteria

Registrata il Il Responsabile.....

N. tessera n