**DOMANDA DI AMMISSIONE ALL’ASSOCIAZIONE**

**“OSSERVATORIO SULLE PROFESSIONISTE”**

Cognome: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nome: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Sesso: M **\_** F **\_**

Data di nascita: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Comune di nascita (o stato estero): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Provincia: **\_\_**

Codice fiscale: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Residente in: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Indirizzo: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Recapito telefonico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** E-mail: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(**E’ necessario allegare una copia di un documento di identità valido** )

chiede

* Di essere ammesso quale socio ordinario di **“OSSERVATORIO SULLE PROFESSIONISTE”**.

All’uopo dichiara di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le norme di cui allo Statuto Sociale, all’Atto Costitutivo, ai Regolamenti attuativi e alle successive Deliberazioni degli organi sociali di attuazione dello stesso.

* Si impegna a versare, all’atto della sottoscrizione, la quota associativa annuale di € 100,00 (cento/00)

Data Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

dichiara

* di essere a conoscenza che la quota associativa annuale rappresenta il contributo alle attività sociali e, pertanto, non è trasferibile e non viene rimborsata in caso di dimissioni. Il rinnovo della quota associativa è facoltativo;
* di essere stato informato che con la presente si diventa socio di un'Associazione senza scopo di lucro;
* di avere attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di avere compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo.

Data Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ai sensi della normativa sulla Privacy (D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche e integrazioni), autorizzo “Clash of Schools A.S.D.” al trattamento dei miei dati personali per le finalità necessarie per il perseguimento degli scopi statutari.

Consento che i dati riguardanti l’iscrizione siano comunicati agli enti con cui l’Associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all’adempimento degli obblighi previsti dalla legge, dalle norme statutarie e da quelle dell’ordinamento sportivo.

Consento inoltre espressamente, a termini di legge a che gli operatori di “Clash of Schools A.S.D.”, debitamente e previamente identificati, possano fotografare o riprendere con appositi supporti elettronici i fruitori dei servizi organizzati dall’Associazione stessa.

Si autorizza, in particolare, la fotografia e la ripresa con appositi supporti elettronici durante l’esercizio delle attività organizzate dall’Associazione.

Si precisa che tali riprese verranno effettuate a soli fini statutari.

Si autorizza la pubblicazione delle stesse sul sito internet ufficiale dell’Associazione che avverrà nella sola forma aggregata e senza indicazione di dati personali.

Data Firma

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**