



MODULO ISCRIZIONE SOCI INNOVASTEAM APS ETS

Tesseramento valido per l'anno 2024, con scadenza il 31 dicembre 2024

Al Consiglio direttivo Associazione INNOVASTEAM APS ETS

Il/La sottoscritt* (inserire i dati anche se minorenni)

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F

Nato a: _____ PROV: (____) Nazione: _____

il: ____/____/____ indirizzo di residenza: _____

n° _____ Comune di: _____ PROV: (____) CAP: _____

e-mail _____@_____

Telefono Cellulare: _____

acconsento a ricevere comunicazioni dall'associazione tramite email.

CHIEDE

di entrare a far parte dell'Associazione **INNOVASTEAM APS ETS** per l'anno corrente in qualità di socio:

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto presente su www.innovasteam.it e di approvarlo in ogni sua parte condividendone principi e finalità. Si impegna a versare la quota associativa annuale di € 15,00, contestualmente alla richiesta di partecipazione alle attività proposte o entro il 28 febbraio dell'anno successivo a quello di scadenza in caso di rinnovo, mediante bonifico bancario:

IBAN IT65D0839911800000000138590 intestato a INNOVASTEAM APS con causale "quota associativa anno 2024 - nome e cognome"

oppure

tramite versamento Satispay inquadrando il seguente QR code e scrivendo l'importo, oppure cercando nei negozi dall'app "Innovasteam aps" e inviando in seguito la ricevuta al nostro numero Whatsapp 3519208486



Data ____/____/____

Firma _____,

(se il richiedente è minore la firma è del genitore)

Dichiaro di aver letto il regolamento pubblicato su www.innovasteam.it



ALLEGA

- ❖ scansione documento di identità del sottoscrittore

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016. 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 dell'associazione. Ai sensi del DL 196 del 30 giugno 2003 e Reg. UE 679/2016, ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Firmando la presente autorizzazione si dichiara di aver preso visione della normativa completa, reperibile al sito <http://www.garanteprivacy.it>

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo Firma _____

Riservato alla segreteria

Data accettazione _____