Associazione Genitori Ciresola

MODULO ISCRIZIONE SOCI ANNO 2026/2027

Tesseramento valido per l'anno 2026/2027, con scadenza il giorno 31 agosto 2027.

Al Consiglio direttivo Associazione Genitori Ciresola ets "SIMONA GIORGI"

La sottoscritta, il sottoscritto:

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

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

il: __/__/____ indirizzo residenza: _____ n°_____

Comune di: _____ PROV: (___) CAP: _____

Telefono Cellulare: _____ Altro: _____

e-mail _____@_____

☐ acconsento a ricevere notiziari periodici e comunicazioni dall'associazione **tramite email**

☐ acconsento **a partecipare al gruppo WhatsApp AGC** per essere parte attiva alle iniziative dell'associazione

CHIEDE

di entrare a far parte dell'**Associazione Genitori Ciresola ETS** per l'anno corrente in qualità di:

- ☐ **SOCIO ORDINARIO** (genitori degli alunni dell'ICS Simona Giorgi)
- ☐ **SOCIO SOSTENITORE** (non genitori degli alunni dell'ICS Simona Giorgi)
- ☐ **SOCIO ONORARIO** (personale lavorativo dell'ICS Simona Giorgi)

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto presente sul sito www.genitoriciresola.org e di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.
Si impegna a versare la **quota associativa annuale di Euro 5,00** mediante il pagamento alla consegna del presente modulo, ad esclusione dei soci onorari la cui adesione è a titolo gratuito.

Firma_____, Data_____/_____/_____

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.
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_____

MODALITA’ DI PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO IBAN ASSOCIAZIONE

IT45S0623001616000015080086