



## MODULO ISCRIZIONE SOCI ANNO 2025/2026

Tesseramento valido per l'anno 2026 con scadenza il giorno 31 Dicembre 2026

Al Consiglio direttivo Associazione Casa Michela A.P.S.

C.F. : 04432480244 P.IVA : 04432480244

email: associazione.casamichela@gmail.com

La sottoscritta, il sottoscritto:

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

Nato a: \_\_\_\_\_ PROV: (\_\_\_\_) Nazione: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di: \_\_\_\_\_ PROV: (\_\_\_\_) CAP: \_\_\_\_\_

Telefono Cellulare: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Scuola / Classe di provenienza \_\_\_\_\_

### Riservato ai Genitori dei minori

#### GENITORE

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

Nato a: \_\_\_\_\_ PROV: (\_\_\_\_) Nazione: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di: \_\_\_\_\_ PROV: (\_\_\_\_) CAP: \_\_\_\_\_

Telefono Cellulare: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### GENITORE

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

Nato a: \_\_\_\_\_ PROV: (\_\_\_\_) Nazione: \_\_\_\_\_

il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ indirizzo residenza: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di: \_\_\_\_\_ PROV: (\_\_\_\_) CAP: \_\_\_\_\_

Telefono Cellulare: \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

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

## CHIEDE

di entrare a far parte dell'**Associazione Casa Michela A.P.S.** per l'anno corrente in qualità di:

**SOCIO ISCRITTO** (Alunno che partecipa alle lezioni dell'Associazione Casa Michela A.P.S.)

**SOCIO SOSTENITORE** (Genitore dell'alunno dell'Associazione Casa Michela A.P.S.)

**SOCIO ORDINARIO** (docenti e non docenti dell'Associazione Casa Michela A.P.S )

**SOCIO VOLONTARIO** (SOLO VOLONTARIO dell'Associazione Casa Michela A.P.S )

**ADERISCO ALL'AIUTO COMPITI offerto dell'associazione (Versamento quota di**

**euro 170,00 mensile elementari**

**euro 200,00 mensile medie**

**euro 250,00 mensile superiori**

**18,00 cadauna TARIFFA AD ORA**

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto **CONSEGNATO A MANO** 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 **10,00** e la quota assicurativa annuale di euro **10,00** mediante il pagamento con contanti, o attraverso i pagamenti elettronici disponibili e registrati alla consegna del presente modulo.

Firma \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver letto il regolamento **all'interno dello statuto dell'associazione**

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 \_\_\_\_\_

Presidente e/o Vicepresidente \_\_\_\_\_

Riuniti e sentiti tutti i membri associati si attesta nessuna incompatibilità nell'associarsi

Data

Il Presidente