



MODULO ISCRIZIONE SOCI ANNO 2025/2026

Tesseramento valido per l'anno 2025, con scadenza il giorno 31 Dicembre 2025.

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 150,00 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