

ADESIONE

Chiavari,

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a prov..... il
Cod. Fisc.:
stato civile titolo di studio
residente a Via C.A.P.
tel..... cell professione
E-mail

.....
Firma

Chiede di aderire all'ASSOCIAZIONE ARCOBALENO

GARANZIA DI RISERVATEZZA: In conformità alla legge n. 675/96 sulla tutela dei dati personali, assicuriamo che i dati forniti saranno trattati con la massima riservatezza, inseriti nell'archivio dell'Associazione ARCOBALENO ed utilizzati al solo scopo di inviare informazioni sulla nostra attività. In ogni momento ogni aderente all'Associazione suddetta, può richiederne l'aggiornamento, la verifica o la cancellazione.

Autorizzo l'Associazione ARCOBALENO a comunicare i miei numeri di telefono personali agli altri associati.

.....
Firma