

AL PRESIDENTE

DELL'ASSOCIAZIONE di PS I.N.S.A.L.U.T.E.

Sito [www.insalute.info](http://www.insalute.info)

Sede - Piazza Gramsci 21 – 40026 Imola

Sede aggiuntiva -Via Montericco 4, 40026- Imola

Fax: 0542 699419

Cell. 334 333 51 51

e-mail: [contattaci@insalute.info](mailto:contattaci@insalute.info)

Il/La sottoscritto/a.....

nato/a.....Prov.....il.....

residente a .....via.....tel.....

cell..... e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

titolo di studio .....

attività che svolge ..... o attività che ha svolto.....

**chiede**

di essere ammessa quale socio/a **nell'Associazione INSALUTE** da Lei presieduta.

A tal fine dichiara

- ❖ di accettare e rispettare lo Statuto della medesima Associazione (vedi sul sito)
- ❖ di prestare (qualora si rendesse necessario) il proprio consenso- ai sensi dell'art. 26 del decreto legge 196/2003 – al trattamento e alla comunicazione dei dati personali.
- ❖ Di versare la quota associativa **25€** (salvo altre decisione del CD) - bonifico sul :

N° IBAN **IT 13H 05387 21000 000 00 1237921**

Imola.....

Firma.....

MODULO compilato e copia bonifico inviare per FAX, oppure in formato pdf all'indirizzo email (vedi)