



Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____, Prov (____), il _____

Codice Fiscale _____

residente in Via _____ loc _____

CAP _____ Comune di _____

telefono _____

e-mail _____ @ _____ . _____

altro _____, i

Con la presente, richiede l'iscrizione del proprio figlio minore:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____, Prov (____), il _____

Codice Fiscale _____

all'Associazione Quattro Strade APS c.f. 90014450507 con sede in via Giolitti sn – 56035 Casciana Terme Lari (PI). Dichiaro di approvarne lo statuto ed i regolamenti, e si impegna a versare la relativa quota associativa annuale, per conto del minore stesso.

Data _____

Firma _____

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Il testo completo dell'informativa è consultabile online sul sito www.quattrostrade.it
ed è affisso nella bacheca dell'Associazione Quattro Strade APS)**

Io sottoscritto _____ C.Fiscale: _____

acconsento a che l'associazione sopra indicata ponga in essere le attività descritte in informativa per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento e, per tale motivo,

- Autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità dell'art. 2 dell'informativa.

Presta il consenso

Nega il consenso

- Autorizzo al trattamento dei dati personali per le finalità dell'art. 4 dell'informativa.

Presta il consenso

Nega il consenso

Data _____

Firma _____