



V. C. NERVI

Passeggiata Anita Garibaldi, 30

16167 Genova (GE)

- Codice Fiscale 95080400104

Tel.0103728279 - e-mail. nervi@vespaclubditalia.it - vespaclubnervi.com

DOMANDA DI RINNOVO

Nome _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ cittadinanza _____
residente a _____ prov. _____
in via/piazza _____ cap _____
E-Mail _____ tel. _____

I sottoscritti autorizzano la presentazione della presente domanda di iscrizione del figlio minore e si impegnano a rispondere verso l'associazione di tutte le obbligazioni assunte dal minore stesso.

Genitore/Tutore _____ C.F. _____
nato a _____ il _____
residenza _____ intestatario ricevuta
E-Mail _____ tel. _____
Genitore/Tutore _____ C.F. _____
nato a _____ il _____
residenza _____ intestatario ricevuta
E-Mail _____ tel. _____

CHIEDONO L'ISCRIZIONE

RISPETTO DELLE NORME STATUTARIE:

Il sottoscritto si impegna a rispettare le norme statutarie e regolamentari vigenti e le deliberazioni degli organi sociali validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere, condividere ed accettare integralmente lo statuto sociale ed il regolamento interno.

Data

Firma dei genitori

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e dell'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto pertanto il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità sopra descritte ai sensi della legge sulla privacy.

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

Data

Firma dei genitori

Voglio che la mia tessera sia recapitata presso l'indirizzo indicato sul presente modulo

Voglio che la mia tessera sia recapitata presso:

Via/Piazza _____

Citta: _____ Provincia: _____ C.A.P.: _____

In caso di mancata selezione la tessera verrà conservata presso la sede del Vespa Club Nervi in attesa di ritiro.

La compilazione del campo email è facoltativa, indicandola farà richiesta di ricevere via email tutte le comunicazioni da parte del Vespa Club Nervi.

Il presente modulo deve essere inviato esclusivamente all'indirizzo **segreteria.vcnervi@gmail.com**