



Associazione **ASTROFILI CENTESI-APS**

Si prega di compilare integralmente il modulo in stampatello leggibile.

Nome e cognome _____

Codice Fiscale _____

Nato a _____ il ____/____/____

Residente a _____ in _____

Telefono _____

E-mail _____

Possiede già conoscenze in ambito astronomico NO POCHE SÌ

Come è venuto a conoscenza del gruppo: _____

**Richiedo di entrare a far parte dell'Associazione Astrofili Centesi-APS
e di aver letto i seguenti oneri:**

- Letto e accettato lo statuto dell'Associazione
- Per i minori, sia acclusa copia del documento di identità del genitore
- Versato integralmente la quota associativa annuale
- Richiedo di essere iscritto al gruppo WhatsApp Astrofili Centesi

sì no Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'articolo D.Lgs. 101/2018

Firma leggibile

.....

RISERVATO AI MINORENNI

Io sottoscritto/a _____ genitore esercitante la patria potestà su
_____ presto consenso a quanto sopra dichiarato da mio figlio/a.

Firma leggibile

Firma del genitore

.....

.....

Visto: il Segretario dell'Associazione Astrofili Centesi-APS

Data di Emissione Tessera

.....

.....