



Associazione Trentina Maculopatia  
Via del Torrione, 6  
(c/o Ass. Trentina Diabetici)  
38122 TRENTO (TN)  
@ addtrento@yahoo.it

T 0461 985795  
@ atm.trentino@gmail.com  
[www.associazionetrentinamaculopatia.it](http://www.associazionetrentinamaculopatia.it)

## RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE ANNO 2017

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il sottoscritto

(Nome)..... (Cognome)..... (Codice Fiscale).....

(Indirizzo)..... (Comune).....

(Data di nascita) ...../...../..... QUOTA 10,00 €

(E-mail)..... (Telefono).....

presa visione dello statuto sociale e dei regolamenti interni, richiede di aderire all'Associazione Trentina Maculopatia, dichiara di condividerne le finalità e di impegnarsi ad osservare le disposizioni che saranno emanate dal Consiglio Direttivo e dall'Assemblea nonché a partecipare alla vita associativa.

FIRMA.....

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del T.U. in materia di privacy (d.lgs. 196/03 e s.m.i.) apponendo la firma in calce al presente modulo dichiaro di aver ricevuto adeguata informativa e manifesto il mio consenso al trattamento dei dati, nell'ambito delle finalità istituzionali dell'Associazione Trentina Maculopatia, e nei limiti in cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge

FIRMA.....

### ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA DA PARTE DEL DIRETTIVO

Ricevuta n...../2017

Data di accettazione	data di pagamento
----------------------	-------------------

### RINNOVO PARTECIPAZIONE - QUOTA ANNUALE

Anno	Data di pagamento	Quota €
Anno	Data di pagamento	Quota €
Anno	Data di pagamento	Quota €
Anno	Data di pagamento	Quota €

### ACCETTAZIONE DELLA RICHIESTA DA PARTE DEL DIRETTIVO

Data di accettazione	data di pagamento
----------------------	-------------------

Codice Fiscale: 96098620220  
Telefono 0461 1959595 IRIFOR del Trentino  
CODICE IBAN: IT1900830401824000024360284