



Domanda di iscrizione all'Associazione PsicoAttività APS

Da restituire via e-mail all'indirizzo segreteria@psicoattivita.it o da inviare via posta ordinaria a: PsicoAttività F.V.G., piazza Collalto 9, 33057 Palmanova (UD).

Al Comitato Direttivo di Psicoattività FVG:

Il sottoscritto/a Cognome
Nome Data di nascita
Indirizzo: Via/Piazza n°
CAP Città Provincia
Tel. E-mail.....
CF

Se psicologo indicare l'ordine regionale/provinciale di iscrizione
Se non psicologo indicare l'eventuale appartenenza ad altri ordini professionali.....

chiede

di aderire all'associazione Psicoattività FVG in qualità di socio:

A tal scopo dichiara di:

- condividere ed accettare finalità e scopi dello Statuto sociale;
- aver compreso i diritti ed i doveri dei soci;
- avere versato la quota spettante per l'anno in corso (1 euro).

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs. 196/2003, per le finalità legate alle attività sociali.

Data _____ Firma _____

La quota di iscrizione annua può essere versata con bonifico bancario a:

Associazione Psicoattività APS
Cassa Rurale FVG
IBAN: IT35 E 08622 64240 013000104976
Causale: Quota associativa a.s. _____