

SCHEDA DI ADESIONE

COGNOME NOME **M** **F**

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita

INDIRIZZO abitazione

CAP CITTÀ PROV.

TEL. abitazione Tel. Cell..... e-mail.....

Titolo di studio.....

Eventuale iscrizione ad Albi o altre Associazioni professionali

Attività professionale svolta... ..

Codice fiscale Partita I.V.A.....

AZIENDA / ENTE

Funzione in azienda / ente

e-mail INDIRIZZO

CAP CITTÀ PROV.

TEL FAX

Desidero ricevere la corrispondenza inerente l'associazione: ☐ A CASA ☐ IN AZIENDA

IMPORTO quota d'iscrizione (*):

Soci ordinari **€ 100,00** ☐

Soci junior (max 26 anni) oppure coniuge / figlia / figlio di soci ordinari **€ 50,00** ☐

BONIFICO intestato ad ASSOCIAZIONE AISL_O c/c n. 10310 presso Banco BPM ag.4 - Roma

IBAN: **IT 72 Q 05034 03204 000 000 010310** ☐

ALTRO (allegare contanti, assegno bancario o circolare) ☐

DATA FIRMA

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa AISL_O sulla privacy pubblicata sulla pagina web:
<http://www.aislonline.org/Home/tabid/466/ctl/Privacy/Default.aspx> ed autorizzo il trattamento dei
 miei dati personali ai sensi del d.lgs. 196 / 2003.

DATA FIRMA