



## Associazione Thalassemicisti Sardi Onlus

Sede sociale Via Massaia 2 – 07100 Sassari

C.F. 92099080902

Nel. 329.1641734

Email. [thalassemicisardi@libero.it](mailto:thalassemicisardi@libero.it)

Sassari, li \_\_\_\_\_

Spett.le Consiglio Direttivo

Il Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Domiciliato/a a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ professione \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Essendo in possesso dei requisiti, conoscendo e impegnandosi a rispettare lo Statuto dell'Associazione Thalassemicisti Sardi, fa domanda per aderire ad essa in qualità di associato:

ORDINARIO

SOSTENITORE (indicare di seguito gli associati da cui è presentato) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

BENEFATTORE (indicare di seguito la somma di danaro o gli altri beni che dona all'Associazione) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a, ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 legge 196/03, acconsente al trattamento dei propri dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari

Firma

\_\_\_\_\_