

**AL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ASSOCIAZIONE
A.R.E.A.S. (Associazione Razze Equine ed Asinine Siciliane)**

SEDE

MODULO RINNOVO ISCRIZIONE SOCI

**Tesseramento: Modulo rinnovo iscrizione all'associazione, in qualità di socio
ORDINARIO, per l'anno in corso.**

Tale tesseramento ha validità per tutto l'anno solare, con scadenza il giorno 31 dicembre.

Il sottoscritto

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: ☐ M ☐ F

Nato a: _____ Provincia: _____ Nazione: _____

il ____/____/____ indirizzo residenza: _____ n° _____ CAP.: _____

professione: _____

Comune di: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

CHIEDE

di rinnovare l'iscrizione per l'anno corrente all'Associazione Culturale "A.R.E.A.S." per l'anno corrente in qualità di **SOCIO ORDINARIO**. A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto, di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione.

Si impegna a versare la quota associativa di ammissione pari ad € 30,00 (si ricorda che per i minori di 18 anni l'importo da versare è pari ad € 15,00) con bonifico bancario intestato a "A.R.E.A.S. Associazione Razze Equine ed Asinine Siciliane" nr. IBAN IT24P0200882300000107208451

A tal fine dichiara: di esonerare l'Associazione A.R.E.A.S. da ogni responsabilità per tutti i danni, fisici e/o patrimoniali, che potranno derivare al sottoscritto dallo svolgimento delle attività organizzate dall'associazione nel caso non siano diretta conseguenza di dolo o colpa grave dell'Associazione stessa.

Firma _____, li ____/____/____

INFORMATIVA ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del d.l. n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i., ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei miei dati nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo.....

Allego alla presente il seguente documento di identità: _____

Il Modulo di Iscrizione verrà vagliato nell'arco di pochi giorni dal [Consiglio Direttivo](#), ed una volta espresso parere a riguardo, questo verrà comunicato al richiedente.

*Da inviare a mezzo e-mail o pec ai seguenti indirizzi: associazionerazzeequineasinine@gmail.com;
associazioneareas@pec.it cell: 3493650077 – 3779895822*