

Domanda di adesione associazione 2026/27

Il/ la sottoscritto / a (o genitore/tutore del minore) _____
Residente a _____ Prov _____ Codice Postale _____
Indirizzo (rue, loc., village, place) _____ n° _____
Telefono/ Cellulare _____
Indirizzo mail _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

☐ Richiesta di adesione:

☐ Autorizzo e richiedo l'adesione mio/a figlio/a:

Nome e cognome del minore _____
Residente a _____ Prov _____ Codice Postale _____
Indirizzo mail _____ Codice Fiscale _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

All'associazione Alliance Française de la Vallée d'Aoste in qualità di membro ed il pagamento della relativa quota associativa pari a **40€**

Dichiaro

Di aver letto il testo dello statuto dell'associazione registrato a Aosta il 17 luglio 2021 (n. 1300 SI) e accetto di :

- Condividere gli obiettivi dell'associazione
- Rispettare le disposizioni presenti nello statuto
- Pagare la quota associativa stabilita dallo statuto

Richiedo l'iscrizione al corso : _____

È possibile annullare l'iscrizione solo prima dell'inizio del corso, dopodiché, a corso già iniziato, l'Alliance Française non rimborserà né una parte né il totale dell'importo. Se la cancellazione dell'iscrizione avviene con un preavviso inferiore ad una settimana prima dell'inizio del corso, l'Alliance Française tratterrà la quantità di € 50,00 per spese amministrative. Qualora il corso non dovesse formarsi, il centro rimborserà l'intera quota versata; e se dopo aver iniziato il corso, l'iscritto non potesse continuarla, il centro non potrà conservare l'iscrizione per un'altra sessione, salvo presentazione di un certificato medico.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER MAGGIORENNI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Con la sottoscrizione del presente modulo,

AUTORIZZA E PRESTA IL CONSENSO

ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali forniti.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER MINORENNI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Nella qualità di genitore/ tutore del minore _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in _____

Con la sottoscrizione del presente modulo,

AUTORIZZA E PRESTA IL CONSENSO

ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali forniti.

DATA _____

Firma dell'interessato o del genitore/ tutore del minore

