



**Centro di Riabilitazione Equestre
Sogni e Cavalli ONLUS
Associazione Sportiva Dilettantistica**

DOMANDA DI ADESIONE

Il sottoscritto

Nome e Cognome

Data e Luogo di nascita

Indirizzo: Via **N°**

CAP **Città** **Prov.**

Tel. **Cell.**

E – mail

Codice Fiscale (Socio)

Professione

Qualifica nell'Associazione (Allievo, Volontario, Sostenitore)

**Intestazione Fattura/Ricevuta
con Codice Fiscale Intestatario**

.....

CHIEDE

di iscriversi in qualità di Socio Ordinario alla Associazione “SOGNI E CAVALLI ONLUS”.
Il sottoscritto richiedente dichiara di condividere le finalità che l'Associazione si propone, si impegna ad approvarne ed osservare le norme dello Statuto, gli eventuali Regolamenti le deliberazioni degli Organi Sociali ed a versare l'annuale quota associativa stabilita dal Consiglio Direttivo.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali, nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, ai sensi del D.L. 196/2003.

Data

Firma
(se minorenne del genitore)