

Spett. le
C.H.I.CO.
Cluster of Health, Innovation and Community
Via di Castel Romano n.100
00128 Roma

Al Presidente Del Consiglio Direttivo

il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ c.a.p. _____ prov. _____ cittadino/a _____
residente in _____ c.a.p. _____ prov. _____ via _____
n. _____ in proprio o nella qualità di rappresentante legale di:
Società/Ente _____ con sede a _____
in via _____ n° _____ c.a.p. _____ prov. _____
Partita IVA _____ Codice Fiscale _____
Tel. _____ Cell. _____ Telefax _____
E-mail _____, Pec _____

ai sensi e per gli effetti dell'articolo 5 dello Statuto dell'Associazione "**C.H.I.C.O. - Cluster of Health, Innovation and Community**"

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Associazione senza scopo di lucro "**C.H.I.C.O. - Cluster of Health, Innovation and Community**", con sede a Roma in Via di Castel Romano n.100 - Codice Fiscale 91132100594, in qualità di **Socio Sostenitore** e

DICHIARA

di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione e di voler sostenere le attività dell'Associazione mediante versamenti volontari. I Soci sostenitori aderiscono alle attività dell'Associazione e partecipano alla vita sociale senza diritto di voto.

Luogo e data

Firma

Dichiaro di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196 e sulla base della informativa che mi avete fornito, i miei dati personali potranno essere trattati dall'Associazione denominata "**C.H.I.C.O. - Cluster of Health, Innovation and Community**" e acconsento al loro utilizzo esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità nei limiti indicati dalla menzionata normativa e dalla informativa suindicata.

Luogo e data

Firma