

Spett. le
C.H.I.CO.
Cluster of Health, Innovation and Community
Via della Camilluccia, 197
00135 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 della Camilluccia, 197 - 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 che, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003, n.196, così come modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n.101, ho preso visione dell'informativa presente sul sito web <http://www.clusterchico.eu/> concernente il trattamento dei miei dati personali. Dichiaro di essere a conoscenza che i dati da me forniti potranno essere trattati dall'Associazione denominata "**C.H.I.C.O. - Cluster of Health, Innovation and Community**" esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari nei limiti indicati dalla menzionata normativa e dalla informativa suindicata.

Luogo e data

Firma
