



**A.P.S. "QUEEN'S ENGLISH LAB"**  
Via Roma, n.7/D – 01033 Civita Castellana (VT)  
C.F. 90133920562

### DOMANDA DI AMMISSIONE AD ASSOCIATO

Il/la sottoscritto/a (nome del minore) \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

fa domanda di ammissione ad associato

dichiara

- di conoscere e condividere le finalità che la A.P.S. si propone;
- di impegnarsi ad osservare lo statuto ed i regolamenti sociali.

Versa la quota associativa per l'anno ..... di euro .....

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

(se minore firma del genitore)

Ricevuta l'informativa su l'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE/2016/679 General Data Protection Regulation (G.D.P.R.), consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti a cui la A.P.S. aderisca e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme stabilite.

FIRMA

(se minore firma del genitore)