

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Al Consiglio Direttivo dell'A.L.P.A.

_____ I _____ sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ e residente a _____

Via _____ n° _____ C.A.P. _____ Tel. _____

Indirizzo e-mail _____ Stato Civile _____

Titolo di studio _____ Professione _____

Entra nel gruppo di _____ Città _____

CHIEDE

di essere iscritta/o all'A.L.P.A. in qualità di:

Socio Effettivo. Socio Sostenitore Consulente

Allega ricevuta di versamento di € _____ effettuato in data _____

Sul C/C postale n° **97737688**, o con bonifico bancario : **IT 83 D 07601 03200 000097737688**

intestato a **Alpa Associazione Liberi dal Panico e dall'Ansia - Viale Giulio Cesare 15 - 00192 Roma**

Firma



_____ li _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'Art. 23 del D. Lgs 196/2003, acconsento al trattamento dei miei dati personali per gli scopi inerenti le attività associative dell'Alpa.

Firma

_____ li _____