

ASSOCIAZIONE DOTTORI IN AGRARIA E FORESTALI DELLA SARDEGNA



MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____
Nato/a a _____ prov.(_____) il _____
Residente a (Comune) _____ Prov. (_____) in via/piazza
_____ n° _____ CAP _____
C.F. _____ Telefono n° _____
PEC _____ e-mail _____

CHIEDE

l'iscrizione per l'anno solare 2024 all'Associazione Dottori in Agraria e Forestali della Sardegna in qualità di socio: _____ Ordinario (€ 40,00) _____ Aggregato (€ 50,00) _____ Onorario (€ 10,00)

Il pagamento della quota di iscrizione deve essere effettuato tramite bonifico bancario codice IBAN IT10Q0101544041000070665591 con la causale "Quota iscrizione anno 2024".

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni del recapito sopra indicato che dovessero intervenire successivamente alla data di presentazione della presente domanda.

Con la compilazione e l'invio del presente modulo dichiara di essere a conoscenza, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 e del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti tramite la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito e per l'adempimento delle attività dell'ADAF Sardegna. Il titolare del trattamento dati è l'ADAF Sardegna.

Data _____

Firma

Si allega:

- copia del versamento della quota d'iscrizione;
- copia del documento d'identità in corso di validità fronte - retro.

spazio riservato alla Segreteria

Richiesta accettata dal Consiglio Direttivo dell'ADAF Sardegna. Verbale del _____

LA SEGRETARIA
Dott.ssa Salvatorica Addis

IL PRESIDENTE
Dott. Roberto Accossu