



## DOMANDA D'ISCRIZIONE

Firenze li \_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Cognome e Nome Genitore  
(Se Socio/a Minore) \_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere socio/a del VIOLA CLUB AFFRICO con sede in Firenze Viale Manfredo Fanti 20, FIRENZE. Autorizza lo stesso CLUB al trattamento dei dati personali al fine di pubblicizzare iniziative, manifestazioni ed eventi vari dello stesso.

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE SE MINORE \_\_\_\_\_