

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Associazione Coefficiente Clorofilla

Il sottoscritto .....  
Nato a ..... il .....  
Residente in .....  
Codice fiscale .....  
Email .....

### RICHIEDE

All'Associazione Coefficiente Clorofilla, in persona del suo rappresentante legale pro tempore di essere ammesso nell'associazione e alle attività da essa svolte secondo quanto disposto dallo statuto sociale sottoscrivendo e versando la quota di

Euro 5 (cinque) in qualità di socio ordinario

### DICHIARO

di aver letto integralmente lo statuto;  
mi impegno ad osservarlo;  
sollevo da ogni qualsiasi responsabilità civile e penale l'Associazione Coefficiente Clorofilla ed i suoi rappresentanti legali pro tempore per eventuali danni che la mia persona e/o le mie proprietà dovessero subire, anche indirettamente, svolgendo le attività associative proposte e/o svolte all'interno della struttura associativa o per causa delle stesse.

### AUTORIZZO

Ai fini e per gli effetti dell'applicazione del D.LGS 196/03 in materia di tutela della Privacy, l'associazione Coefficiente Clorofilla al trattamento dei miei dati personali.

In fede

Data.....

Firma .....