



E.N.D.A.S.

MODULO RICHIESTA TESSERINO DIRIGENTE ASD, SSD, APS, CIRCOLO

NUOVO RINNOVO
Inviare a: tesseramento@endas.it

Il Sottoscritto

| | | | |
|--------------------------|-------------|----------|------|
| Nome* | | Cognome* | |
| Data di nascita* | Nato a* | | Pr* |
| Residente in Via/Piazza* | | | N° |
| Comune* | Pr* | | Cap* |
| Tel. fisso | Cellulare* | E-mail* | |
| Codice Fiscale* | Tessera N.* | | |
| Associazione* | | | |

| | | | |
|---|----|-----|----|
| Indirizzo corrispondenza se diverso da residenza: c/o | | | |
| Via/Piazza | | | N° |
| Comune | Pr | Cap | |

DICHIARA DI ESSERE

PRESIDENTE ASD SSD APS CIRCOLO ALTRO _____

DIRIGENTE ASD SSD APS CIRCOLO ALTRO _____

CHIEDE LA SOTTOSCRIZIONE DELLA TESSERA

Tessera Presidente Tessera Dirigente
 Tessera **RCT** Presidente Tessera **RCT** Dirigente

Letta l'informativa pubblicata sul sito www.endas.it dò il consenso al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 reg. EU 679/2016. Autorizzo la pubblicazione sul sito E.N.D.A.S. sez. albo nazionale del mio nome, cognome, qualifica, specialità e foto tessera (eventuale).

* **Campi obbligatori**

FIRMA DEL RICHIEDENTE

COMITATO E.N.D.A.S. _____
(Timbro e firma)
