

Al Presidente della Associazione Crescere *Onlus*  
con sede in Bologna via Massarenti 11 presso la Clinica Pediatrica  
del Policlinico Ospedaliero Universitario S. Orsola Malpighi

Domanda di iscrizione alla **ASSOCIAZIONE CRESCERE *Onlus***

Cognome ..... Nome .....  
Nata/o a ..... il ...../...../.....  
Indirizzo ..... Cap ..... Città ..... Prov .....  
Tel ..... Cell .....  
E-mail .....  
Codice Fiscale .....

Io sottoscritto, nel chiedere che venga accolta la domanda di iscrizione all'Associazione, mi impegno ad aderire agli scopi statutari dell'Associazione, a rispettarne lo Statuto e i Regolamenti.

Data ..... Firma .....

Ai sensi del **Regolamento Generale sulla Protezione dei dati personali (GDPR) - Regolamento (UE) 2016/679** nonché del Codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al D. Lgs 196/2003 come modificato dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni di adeguamento al Regolamento, l'interessato da atto di aver ricevuto e sottoscritto per presa visione copia della **“Informativa sul trattamento e protezione dei dati personali”**.

- Acconsento al trattamento dei miei dati
- Non acconsento al trattamento dei miei dati
  
- Acconsento all'invio di materiale informativo
- Non acconsento all'invio di materiale informativo

Firma .....

Le quote sociali sono:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> € 10,00 base        | <input type="checkbox"/> € 30,00 ordinari    |
| <input type="checkbox"/> € 50,00 sostenitori | <input type="checkbox"/> € 100,00 benemeriti |

**Le domande vanno inviate al Presidente della Associazione Crescere, corredate di copia del versamento della quota di iscrizione.**

#### **ATTENZIONE**

**Il pagamento va inviato al conto corrente n° 100000008264 intestato all'Associazione Crescere presso la CARISBO via Farini 22 40124 Bologna – IBAN: IT 45 L 06385 02401 100000008264.**