**Al Sig. Presidente della A.P.S. KAIROS ENSEMBLE Affiliata Csen**

Il sottoscritto/a ................................................... nato...................il................residente nel Comune di.................. Prov...... in Via ………………………………n...... Codice fiscale ............................................................ e-mail(\*). ... ....................... ........................... cellulare.......................... (\*) dati obbligatori

* **Fa istanza**

Al fine di essere ammesso, in qualità di associato ordinario, all’ associazione suindicata della quale dichiara di condividere gli scopi sociali. Il/La sottoscritto/a conferma di conoscere le norme statutarie e di accettarle in pieno e chiede altresì di ricevere la tessera di socio e di poter usufruire di tutti i servizi sociali previo regolare versamento delle relative quote.

* **La quota associativa annuale di 15€, andrà versata tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato a: KAIRÓS ENSEMBLE APS - presso Banca Intesa Sanpaolo – Roma**

 **IBAN:IT 30N03069096061000 00173979 CAUSALE: quota associativa annuale**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di consentire, ai sensi del decreto legislativo 196 del 30/06/2003, il trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti e potranno essere utilizzati per l’invio di corrispondenza. Il/La sottoscritto/a potrà chiedere in ogni momento la modifica o la cancellazione dei suoi dati. (\*) dati obbligatori

**Data ...............................**  Firma ...................................

Per i minori firma di un genitore Firma ……………………..

**Riguardo all'uso della propria immagine dichiara di essere a conoscenza che:**

Gli operatori sono autorizzati a scattare fotografie e/o realizzare video al fine di raccogliere materiale audiovisivo per la promozione delle attività dell'associazione a mezzo di cartellonistica e/o tramite i social network.

**Data ...............................**  Firma …………………………

SPAZIO RISERVATO ALL’ASSOCIAZIONE

**Per deliberazione di accettazione Il Presidente dell’Associazione**

**Numero tessere CSN attribuito…………**

***Per ulteriori informazioni:*** ***info@kairosensemble.it*** ***+39 338.4042202***