AL GRUPPO TERRITORIALE A.N.A.P. DI

……..…….

…l…… sottoscritto/a……

nat... a ……...……. il ……

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

e residente in Via ……..…… n° ……

Comune di ……...……. (prov.)…….. CAP……...….

titolare della pensione / rendita / assegno cat…….. n°……

Sede di ……

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER L'ANNO ……

All'**Associazione Nazionale Anziani e Pensionati**, Gruppo Territoriale di ……..…..
secondo quanto previsto dal Regolamento di attuazione dello Statuto associativo.

Data…… Firma……

Consenso al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto, avendo ricevuto l'informativa, consultabile anche sul sito www.anap.it , ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679, conferisco il consenso a ricevere comunicazioni di natura promozionale sui servizi e le attività di ANAP e acconsento alla comunicazione dei miei dati personali ad altri soggetti o organismi appartenenti al sistema Confartigianato per la promozione dei servizi offerti.

Data ……..… Firma ……

Timbro
dell'Organizzazione Sindacale

DA RESTITUIRE ALL'ANAP NAZIONALE