

Domanda di Iscrizione per NUOVI ISCRITTI – A.A. 2024 /2025

(i dati segnalati con* sono obbligatori)

*IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
Cognome Nome

*nato a _____ *il (gg/mm/aaaa)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*RESIDENTE: Via _____ *n° _____

*CAP _____ *Comune _____

*COD. FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail _____

*Cellulare

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Desidero ricevere messaggi dall' Università attraverso <input type="checkbox"/> WhatsApp (consigliato) <input type="checkbox"/> SMS
--

in mancanza, altro contatto telefonico _____ (in tal caso l'associato è tenuto ad informarsi personalmente circa le iniziative attraverso la segreteria negli orari stabiliti o sul sito: www.unitresantalucia.it o il profilo Facebook di "Università Santa Lucia di Piave"

CHIEDO

di potermi associare a codesta Università della Terza Età – APS-ETS - Sede di **Santa Lucia di Piave** e dichiaro di conoscere e accettarne integralmente lo Statuto, il Regolamento e di attenermi alle deliberazioni legalmente adottate dai suoi Organi associativi.

<u>NUOVO ISCRITTO</u>															
NUMERO LOCALE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					TESSERA NAZIONALE N. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
RICEVUTA N° _____															

***Quota associativa** (associato UNITRE + assicurazione)

Euro **30/00**

Quota iscrizione attività ordinarie (attività a pagamento e non)

Euro ____ / ____

Firma del richiedente _____

***Documento di riconoscimento valido**

Tipo _____ n° _____

Firma del Segretario
(o persona delegata) _____

Santa Lucia di Piave _____

FOTO – nuovi iscritti
