

*Persona fisica*

Il/La Sottoscritto/a	_____																				
Nato/a	_____ il _____																				
Codice fiscale	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																				
Residente a	_____ in Via _____ n° _____																				
Prov. _____ CAP _____	Tel. cell.: (+39) _____																				
e-mail:	_____@_____																				

*Persona giuridica*

Il/La Sottoscritto/a	_____																					
In qualità di legale rappresentate dell'azienda	_____																					
con sede legale in	_____ alla via _____																					
Prov. _____ n° _____	CAP _____																					
Codice fiscale	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					
P.IVA	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Tel. cell.: (+39)	_____																					
e-mail:	_____@_____																					

Preso visione dello Statuto ed accettandone e condividendone gli scopi

CHIEDE

di aderire alla FONDAZIONE CARLO MENDOZZI ETS, con sede in Corso Garibaldi 195– 84122 Salerno in qualità di :

- Partecipante ordinario (25,00 €/annui - Limite massimo di età 35 anni)
- Partecipante ordinario (100,00 €/annui – oltre 35 anni)
- Partecipante volontario

Si dichiara disponibile a provvedere al pagamento per la formula prevista entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente modulo.

**Dichiaro altresì di aver ricevuto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento GDPR 2016/679.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si prega di restituire il presente modulo (Mod. 1) e l'informativa privacy (Mod. 2) firmate ed in formato pdf a mezzo mail all'indirizzo [segreteria@fondazionecarlomendozzi.org](mailto:segreteria@fondazionecarlomendozzi.org)