



DICHIARAZIONE DI COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

Il/la sottoscritto/a Associato/a:

Nome Cognome.....

Nato/a.....il ___/___/_____

Residente a.....Prov.

Via/P.zza.....n°.....Cap.....

C.F.

dichiara

assumendo ogni responsabilità di legge in merito, che il proprio nucleo familiare è
 così composto oltre sé medesimo:

Nome e cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela

Con la sottoscrizione del presente modulo l'Associato/a dichiara in nome e per conto di eventuali minori presenti nel proprio nucleo familiare, di aver letto e compreso l'informativa ex GDPR 679/2016 disponibile sul sito dell'Associazione alla pagina web www.centrostudi.net/privacy. Con la medesima modalità presta altresì il proprio libero ed espresso consenso al trattamento dei dati personali, cedendo gratuitamente al C.S.B. tutti i diritti relativi alle immagini fotografiche e video ritraenti momenti di vita associativa, di cui autorizza fin da ora il libero utilizzo per fini promozionali. Inoltre, sempre con la sottoscrizione del presente modulo, il C.S.B. è autorizzato ad effettuare chiamate telefoniche o comunicazioni via "e-mail" per fini statistici, di consultazione e per la promozione di iniziative associative. Allo stesso fine, sottoscrivono il presente modulo anche gli eventuali componenti maggiorenni dello stesso nucleo familiare.

.....

Data