

MODULO DATI ANAGRAFICI

Si prega tutti gli Associati di compilare questo modulo per l'aggiornamento dei dati

| | |
|--------------|--|
| COGNOME | |
| NOME | |
| NATO A | |
| IL | |
| RESIDENTE IN | |
| VIA | |

| | |
|----------|--|
| TELEFONO | |
| EMAIL | |

| | |
|---------------------|--|
| Agenzia Fotografica | |
|---------------------|--|

| | |
|---|--|
| Numero Tessera Ordine Giornalisti * | |
| Lasciapassare stampa Presid. del Consiglio * | |

** si richiede di allegare fotocopia delle tessere professionali*

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme dello Statuto e faccio richiesta di adesione all'associazione, garantendo la veridicità dei dati sopra scritti.

In fede

Dichiaro altresì di autorizzare il trattamento dei dati personali per il solo uso interno dell'Associazione ai sensi del D.Lgs.n°196/2003

In fede