



Tessera n°

Data iscrizione

Tessera scaduta n°

Nome e Cognome: _____

Codice Fiscale: _____

Data e luogo di nascita: _____

Residenza o Domicilio: _____

Cap: _____

Municipio: _____

Città: _____

Pr: _____

Cellulare: _____

Telefono: _____

Email: _____

Titolo di studio: _____

Professione: _____

Servizi richiesti: _____

Se in gravidanza, data presunta di parto: _____

Nome bambino/a: _____

Richiede l'iscrizione all'associazione Il Melograno, Centro Informazione Maternità e Nascita. Dichiara di aver preso visione e di accettare integralmente lo statuto dell'Associazione e si autorizza Il Melograno, Centro Informazione Maternità e Nascita, al trattamento dei dati personali, di natura comune e sensibile, finalizzato allo svolgimento delle attività associative, di studio e di ricerca, nonché all'espletamento delle pratiche amministrative, fiscali dell'associazione stessa, secondo il D. Lgs. 196/2003

Data

Firma

Come ci hai conosciuto?

Sito Internet Social (Facebook, ecc) Conoscenti Altro _____

Sei già iscritto alla Newsletter?

Sì No