

REGIONE .....

PROVINCIA .....

## AFFILIAZIONE CIRCOLO PER L'ANNO 2024

Il sottoscritto ..... nato a ..... (.....) il .....

C.F. .... residente a ..... (.....) cap .....

via ..... n. .... e-mail .....

cell. .... tel. .... pec .....

**in qualità di Presidente del CIRCOLO CTG** .....

C.F. circolo ..... con sede a ..... (.....) cap .....

Via ..... n. .... e-mail .....

Pec ..... cell. .... tel. ....

sito internet.....

**DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA ED ACCETTARE LE FINALITÀ, LO STATUTO E REGOLAMENTI DELLA RETE CTG APS E CHIEDE DI ESSERE AFFILIATO/RIAFFILIATO PER L'ANNO 2024**

**Dichiara di accettare l'incarico al trattamento dei dati personali e si impegna a rispettare quanto riportato nella lettera d'incarico al trattamento dei dati personali.**

INSERIRE UNA X NELLE CASELLE SOTTOSTANTI:

Il circolo è iscritto al RUNTS <input type="checkbox"/>	Numero di iscrizione al RUNTS: .....	è un APS <input type="checkbox"/>	è un ODV <input type="checkbox"/>	è un ETS <input type="checkbox"/>
Il circolo NON è iscritto al RUNTS <input type="checkbox"/>	Il circolo provvederà ad iscriversi autonomamente al RUNTS <input type="checkbox"/>	Il circolo chiede di essere iscritto al RUNTS da parte del CTG Nazionale <input type="checkbox"/>		
Il circolo è in fase di iscrizione al RUNTS <input type="checkbox"/>		Il circolo NON intende iscriversi al RUNTS <input type="checkbox"/>		

RISERVATO ALLA SEGRETERIA NAZIONALE	
Data e Visto di regolarità	Data e Visto di quietanza

LUOGO E DATA.....

IL PRESIDENTE DEL CIRCOLO.....

