

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.....

