

REGIONE

PROVINCIA

AFFILIAZIONE GRUPPO 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 GRUPPO CTG

C.F. gruppo 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 gruppo 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 gruppo NON è iscritto al RUNTS <input type="checkbox"/> | Il gruppo provvederà ad iscriversi autonomamente al RUNTS <input type="checkbox"/> | Il gruppo chiede di essere iscritto al RUNTS da parte del CTG Nazionale <input type="checkbox"/> | | |
| Il gruppo è in fase di iscrizione al RUNTS <input type="checkbox"/> | | Il gruppo 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 DI GRUPPO

