

## DATI ANAGRAFICI

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE SOLTANTO IN CASO DI VARIAZIONI  
RISPETTO AI DATI PRECEDENTEMENTE COMUNICATI**

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

Eventuale afferenza universitaria \_\_\_\_\_

Eventuale ragione sociale \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Partita iva \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Si prega di contattare la Segreteria qualora la ricevuta non dovesse essere intestata al Socio.

## QUOTA SOCIALE

Socio ordinario  € 80,00 (per 1 anno)  € 150,00 (per 3 anni)

Studente CLOPD  € 20,00 (per 1 anno) – indicare anno del Corso di Laurea: \_\_\_\_\_

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico bancario

Beneficiario SIOCMF – Credito Valtellinese, Ag. 8 Roma - iban: IT41S0521603208000000003508

Causale: Nome e cognome + quota anno \_\_\_\_\_

Assegno non trasferibile intestato a SIOCMF

Da inviare in busta chiusa alla Segreteria SIOCMF (FASI Srl, Via R. Venuti 73 – 00162 Roma (c.a. Giada Gonnelli)

### Informativa a tutela della privacy

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ informato/a di quanto previsto dal Regolamento UE 27/04/2016 n. 679, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano da parte della SIOCMF.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_