

Io sottoscritto/a _____ chiedo

l'iscrizione all'Associazione Nazionale Docenti AFAM

Dati anagrafici

Cognome e nome _____ Codice fiscale _____

Luogo e data di nascita _____

Indirizzo di residenza: _____

Città _____ CAP _____ Provincia _____

Recapiti

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

Sede di lavoro attuale

Docente AFAM sì no

se sì compilare i seguenti campi:

Istituzione _____

disciplina _____

Tempo indeterminato Tempo determinato A contratto

Dichiaro di aver preso visione e di accettare in ogni sua parte:

lo Statuto dell'ANDA <https://www.anda-afam.it/statuto/>

NB: Dichiarazione obbligatoria

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. LGS n.196/2003 e dell'art. 13 GDPR 679/16, presto il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti ai fini del procedimento.

NB: Consenso obbligatorio

Dichiaro sotto la mia completa responsabilità che i dati da me forniti sono veritieri e, in merito alle Dichiarazioni sostitutive di certificazione (Art. 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000), di essere consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000.

NB: Dichiarazione obbligatoria

Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003. Vi informiamo che i dati personali sopra forniti formano oggetto di trattamento in relazione all'iscrizione all'Associazione Nazionale Docenti AFAM (ANDA) e alla fruizione dei relativi diritti previsti dall'art. 8 dello Statuto vigente. Verranno trattati nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza. I dati potranno essere comunicati per le finalità di cui sopra a soggetti che collaborino con il titolare. Potrete in ogni momento esercitare i diritti di cui all'articolo 7 e ss. del D.Lgs 196/2003. Titolare dei sopraindicati trattamenti è Associazione Nazionale Docenti AFAM (ANDA), con sede in Via dei Greci 18, 00187 Roma. Responsabile del trattamento è il tesoriere dell'Associazione.

Data _____ Firma _____

Modalità di pagamento

- Versamento c.c. bancario (allegare copia della ricevuta del versamento unitamente al presente modulo debitamente compilato e inviarlo a tesoriere@anda-afam.it)
- Pay By Link (inviare il presente modulo debitamente compilato all'indirizzo tesoriere@anda-afam.it)
-