

Modulo Iscrizione  
Associazione Centro di Ricerca Musicoterapica Arpa Magica

**2021**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Qualifica professionale \_\_\_\_\_

Titolo di studio \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_ • \_\_\_\_\_

Nuova adesione

Rinnovo adesione

Aderisce ai principi e alle finalità dell'Associazione in qualità di Socio ordinario.

- Quota versata euro 150,00

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Presto il mio consenso al trattamento dei dati forniti per comunicazioni e invio di materiali associativi ai sensi dell'art. 13 e 14 Reg. UE GDPR 2016/679



via Chiaravalle, 11 - Milano

Firma \_\_\_\_\_