



SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Università della Terza Età - APS – ETS di GORIZIA

Anno accademico 2025 – 2026

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (____) il _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ (____) C.A.P. _____

in via _____ n. _____

Telefono (Cellulare o fisso) n. _____

e-mail _____

Nuovo Associato ☐ **Vecchio Associato** ☐

Tessera n° **Ricevuta n°**

Se ritiene di poter collaborare con l'UTE per quest'anno accademico, barri la casella qui sotto.

Volontario ☐

CHIEDE

Di associarsi all'**Università della Terza Età di Gorizia** e dichiara di accettare lo statuto e le relative norme organizzative oltre che le eventuali delibere emanate dagli organi associativi. La Quota Associativa non è in nessun caso rimborsabile. (art. 10 dello Statuto)

Il/La sottoscritto/a prende altresì atto della seguente comunicazione:

In conformità a quanto è previsto dal D.Lgs. n. 196/2003, come modificato con il D.Lgs. n. 101/2018, sulla tutela dei dati personali, La informiamo che i dati acquisiti verranno trattati, nel rispetto della normativa, su supporti cartacei ed informatici, con la massima cura, tutela e riservatezza nell'ambito del rapporto associativo.

Lei potrà essere aggiornato su iniziative ed offerte di cui è parte l'Università della Terza Età di Gorizia.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità di procedere all'iscrizione o al rinnovo della stessa presso l'Università della Terza Età di Gorizia. I suoi dati potranno essere comunicati soltanto a terzi che prendono parte ai nostri processi e progetti associativi e a soggetti terzi per finalità contabili o per adempiere ad obblighi di legge.

Lei potrà richiedere modifiche, aggiornamenti o cancellazioni ed esercitare i diritti indicati all'art. 17 del GDPR scrivendo al Presidente (Responsabile dei dati).

Gorizia, _____

Firma _____