****

**ASSOCIAZIONE PER IL TERRITORIO E L'AGRICOLTURA A TUTELA DEI PICCOLI PROPRIETARI E COLTIVATORI DELL’AMBIENTE E DELLA SALUTE**

NOME: ............................................................................................................................. COGNOME:..................................................................................................................................

NATO/A A: ........................................................................................................................................................... IL ..............................................................................................................

INDIRIZZO:................................................................................................................................................................................................... N°: .....................................................................

CAP: ................................................................................................. CITTÀ: ..................................................................................... PROVINCIA: .................................................................

TELEFONO: .................................................................................................... E-MAIL: ..........................................................................................................................................................

CODICE FISCALE ......................................................................................................................................................................................................................................................................

PROFESSIONE: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......

**- Socio Consumatore € 5,00 - Socio Ordinario € 25,00**

**- Socio sostenitore € 25,00 -**  **Operatore € 45,00 -** **Tecnico € 35,00**

**- Cooperativa € 55,00 - Azienda € 55,00**  **- Associazione € 55,00 -** **Ente Pubblico € 85,00**

Pagamento: **contanti** - sul **conto corrente**  intestato a: Associazione MalaChianta Iban 1034245033

**DATA: .............................................................................................................. FIRMA: ...........................................................................................................................................**

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

*L'associazione MalaChianta informa che, ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, i dati personali indicati con la compilazione di questo modulo verranno utilizzati nel rispetto della normativa citata. Il trattamento dei dati avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza ed è effettuato anche attraverso strumenti automatizzati. In ogni momento l'interessato può esercitare il diritto di chiederne la modifica, l'integrazione o la cancellazione a MalaChianta.*

***Prendo atto delle norme a tutela della privacy e acconsento al trattamento dei miei dati da parte di MalaChianta.***

 ACCONSENTO FIRMA: ...........................................................................................................................

RISERVATO A MALACHIANTA RICEVUTA N. ……………………… DATA ……………………………………………..… FIRMA PRESIDENTE ……………………………..…………………………………………………………

**MALACHIANTA SEDE LEGALE: via Trieste 10 SQUINZANO (LE) TEL. 3891525855 E- MAIL:MALACHIANTAASSOCIAZIONE@GMAIL.COM**