



INCONTRIAMOCI APS

Via Resia 34/a

39100 Bolzano

f: <https://www.facebook.com/incontriamicoci.bz>

Tel: - E-mail: incontriamicoci.bz@gmail.com

C.F. 94150120213

MODULO DI ISCRIZIONE – STAGIONE 2025/2026
ALL' ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE "INCONTRIAMOCI APS"

Dati nuovo socia/a ragazzo/a iscritto:

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residente a:	Via:
Codice fiscale:	Telefono:
E-mail:	E-mail genitore:

Quota associativa annuale (da pagare a gennaio di ogni anno per i vecchi iscritti)	Euro 25,00
Quota incontri ricreativi del sabato mensili (6-11) anni	Euro 120,00
Quota incontri ricreativi del sabato + gite domenicali mensili 13 anni in su	Euro 270,00
Quota gite domenicali c.u (gite disponibili solo dai 13 in su)	Euro 40,00

Facendo seguito a quanto previsto dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 afferma che i dati di cui sopra dichiarati sono veritieri. Consapevole delle responsabilità di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per effetti di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000.

- ✓ dichiaro di aver preso visione del Codice Etico, dello Statuto, e dell'informativa sulla privacy e ne accetto il suo contenuto.

Luogo e data: _____

Firma: _____



INCONTRIAMOCI APS

Via Resia 34/a

39100 Bolzano

f: <https://www.facebook.com/incontriamicbz>

Tel: - E-mail: incontriamicbz@gmail.com

C.F. 94150120213

Dichiarazione d'assunzione di responsabilità del socio con figlio minore dati genitore

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Residente a:	Via:
Codice fiscale:	Telefono:
E-mail:	E-mail genitore

**Esercente la responsabilità genitoriale nei confronti del figlio Maggiorene con nomina
(amministratore di sostegno se presente)**

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Luogo di nascita:
Codice Fiscale:	Sesso: ☐ M ☐ F

Facendo seguito a quanto previsto dall'art. 46 del D.P.R. 445/2000 afferma che i dati di cui sopra dichiarati sono veritieri. Consapevole delle responsabilità di cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per effetti di cui all'art.76 del D.P.R. 445/2000.

Luogo/Data _____

Firma _____

Inviare il **modello compilato** via e-mail a **incontriamicbz.autismo@gmail.com** allegando copia diagnosi, copia tessera invalidi se muniti, copia nomina amministratore di sostegno se in vostro possesso e il relativo **pagamento della quota sociale effettuato via bonifico intestato a**

INCONTRIAMOCI APS,
Banca Popolare dell'Alto Adige Spa,
BAN: IT25 R058 5611 6010 5057 1464 622 BIC: BPAAIT2B050
CAUSALE: NOME E COGNOME SOCIO - QUOTA ASSOCIATIVA ANNO 2025/2026

Puoi anche fare una erogazione liberale a sostegno delle nostre attività annuali.

Ti ringraziamo per la tua iscrizione!!