



FONDAZIONE
Dominique Franchi ONLUS

RICHIESTA DI CONTRIBUTO

Il Sottoscritto (Cognome e nome) : _____

Luogo e data di nascita: _____

Indirizzo: _____

Codice Fiscale: _____ Telefono: _____

Religione _____ E-mail: _____

Situazione familiare:

CHIEDE

Con la compilazione e la sottoscrizione del presente modulo, il/la sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del nuovo Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR), presta il suo consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ed alla comunicazione degli stessi nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa consegnata.

Data _____ Firma leggibile _____