



CINECIRCOLO ROMANO
Stagione 2019/2020

Modulo di adesione all'Associazione

COGNOME E NOME.....

COGNOME ACQUISITO (opzionale).....

ANNO DI NASCITA.....

VIA N.....

CAP CITTÀ.....

TELEFONO

E-MAIL.....

DATA.....

FIRMA

ORARIO DI SPETTACOLO PREFERITO

(contrassegnare la casella corrispondente)

MARTEDÌ ore 16.00 ore 18.45 ore 21.15

MERCOLEDÌ ore 16.00 ore 18.45 ore 21.15

Con la presente la sottoscritta / il sottoscritto chiede di ricevere l'informativa sul trattamento dei dati personali di cui sopra (contrassegnare la casella corrispondente):

in formato elettronico (spedizione via mail)

(*)

con consegna immediata *brevi manu*

tramite posta ordinaria

Soluzione preferibile per l'ambiente(*)

FIRMA

(spazio riservato alla Segreteria)