



CENTRO UFOLOGICO NAZIONALE

RICHIESTA D'ISCRIZIONE

Cognome e Nome:		
Luogo di nascita:		Data di nascita:
Via:		N.:
Città:		Prov: Cap:
Cod. fiscale:	email:	
Google mail: (preferibile)		
Tel:	Fax:	Cell.:

DIPLOMA SCOLASTICO:

Classico <input type="checkbox"/>	Scientifico <input type="checkbox"/>	Scienze Umane <input type="checkbox"/>	Tecnico <input type="checkbox"/>	Artistico <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Tipo di scuola frequentata:

--

STUDI UNIVERSITARI:

Studente <input type="checkbox"/>	Laurea <input type="checkbox"/>	Laurea Magistrale <input type="checkbox"/>	Diploma di Specializzazione <input type="checkbox"/>	Dottorato di Ricerca <input type="checkbox"/>
Corso di Laurea:				

ATTIVITA' PROFESSIONALE:

Attesa di impiego <input type="checkbox"/>	Dipendente <input type="checkbox"/>	Libera professione <input type="checkbox"/>	
Settore lavoro	Pubblico <input type="checkbox"/>	Privato <input type="checkbox"/>	Ente:
Qualifica professionale:			

LINGUE STRANIERE CONOSCIUTE (specificare livello: Base - Autonomo - Padronanza):

--	--	--

Affiliazione ad altri centri ufologici italiani (specificare)	Affiliazione ad altri centri ufologici stranieri (specificare)

PRESA VISIONE DELLO STATUTO E DEL REGOLAMENTO

CHIEDO DI ADERIRE AL C.U.N. OPERANDO IN UNO O PIU' SETTORI (art. 3 Regolamento):

INDAGINI <input type="checkbox"/>	DOCUMENTARIO <input type="checkbox"/>	SCIENTIFICO <input type="checkbox"/>	DIVULGATIVO <input type="checkbox"/>	ORGANIZZATIVO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--

Data: _____ Firma: _____

Privacy: con riferimento alla legge sulla Tutela della Privacy (D. Lgs. 196/2003) e successive modifiche, le comunichiamo che le informazioni rilasciate al C.U.N. (Centro Ufologico Nazionale) rimarranno riservate e non saranno soggette al di fuori dell'associazione stessa. [Acconsento al trattamento dei miei dati personali da parte del Centro Ufologico Nazionale](#)

Data: _____ Firma: _____

Importante:

Il presente modulo dovrà essere inviato via e.mail a: contatticun@gmail.com
QUOTA ASSOCIATIVA: dopo l'accettazione del C.D. versare la quota sul c/c postale: 98358674
intestato a: Centro Ufologico Nazionale – CP 7-251-Roma Nomentano – 00162 Roma
oppure c/c IBAN: IT68S0760103200000098358674
Causale del versamento: QUOTA SOCIO anno 2018 – Euro 50,00