



CENTRO UFOLOGICO NAZIONALE - coordinamento nazionale

**RICHIESTA DI ADESIONE**

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_ Num.: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Cellulare: \_\_\_\_\_ EMail: \_\_\_\_\_

STUDI: Maturità classica  Scientifica  Magistrale  Tecnica  Artistica  Altro

Eventuale ramo di specializzazione

scolastica: \_\_\_\_\_

Università: Studente  Laureato:  Facoltà: \_\_\_\_\_

ATTIVITA': Attesa di impiego  Libera professione

Qualifica: \_\_\_\_\_

Lavoro Dipendente: Pubblico  Privato  Ente: \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_

Lingue straniere

conosciute: \_\_\_\_\_

Affiliazione ad eventuali altri centri ufologici italiani

(specificare): \_\_\_\_\_

Affiliazione ad eventuali altri centri ufologici stranieri

(specificare): \_\_\_\_\_

**Sono disponibile ad aderire al C.U.N. con la qualifica di Collaboratore (quota 30 € annuali)**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Nota:** L'accettazione con la qualifica di "socio" è subordinata al giudizio insindacabile del Consiglio Direttivo del C.U.N. dopo almeno un anno di attività associativa e personale conoscenza da parte dei responsabili del C.U.N.

**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.

**Do il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte del C.U.N. (Centro Ufologico Nazionale)**

(barrare)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**Il presente modulo, debitamente va compilato in ogni sua parte, va spedito a:**

**C.U.N. - Centro Ufologico Nazionale**

**Casella Postale n. 7-251 - Roma Nomentano, 00162 ROMA**

**centroufologiconazionale@gmail.com**