



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.

Acconto 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: coordinamento@centroufologiconazionale.net

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: IT68S076010320000098358674

Causale del versamento: QUOTA SOCIO anno 2016 – Euro 50,00