## MODULO DI ADESIONE Ditta individuale

## (da consegnare c/o la sede operativa del GAL Marghine, Piano 2, Piazza Sant’Antonio, 9 – 08015 Macomer)

Il sottoscritto ...........................................................................................................................................…

nato a ............................................................................... il.....................................................................

residente a ….............................................................................................................................................

in via/piazza ………………………………………….......................................................................................

Tel .........................................cell ........................................................ fax …...........................................

e-mail.......................................................................................................................................................

in qualità di titolare/rappresentante legale

Impresa individuale ….........................................................................................................................................

Partita Iva ...............................................................................................................................................

Settore di attività (barrare la casella interessata):

□ Agro-pastorale □ Artigianato □ Commercio □ Turismo □ Servizi

□ Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede attività ..........................................................................................................................................

Sede legale (se diversa) .........................................................................................................................

**CHIEDE**

di aderire, in qualità di rappresentante delle parti economiche e sociali, al GAL Marghine.

Partecipa alla quota sociale con € **150,00** versati tramite:

□ l’Assegno non trasferibile intestato al GAL Marghine (**allegato**)

□ bonifico bancario sul conto intestato al GAL Marghine c/o Banco di Sardegna Ag. di Macomer Cod. IBAN IT36D0101585340000070048029 (**allega ricevuta del bonifico**)

Dichiara inoltre, ai sensi del D.P.R. 445/2000 che i dati riportati nella presente scheda sono veritieri.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMATIVA ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (“PRIVACY”):

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Il titolare del trattamento dei dati è il GAL Marghine, con sede legale a Macomer, Corso Umberto I, 186. Il responsabile del trattamento dei dati è individuato nella persona del Direttore del GAL.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega fotocopia leggibile di un documento di identità in corso di validità**