ADOZIONI
A DISTANZA
PER L'INFANZIA

ADIAID

RICHIESTA DI PASSAGGIO A PRATICA INDIVIDUALE

CHIESA DI _____

DATI PERSONALI

Nome _____ **Cognome** _____

Data di nascita __ /__ /_____ Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo _____ N. _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____

BAMBINO SOSTENUTO

Nome del bambino _____

Codice del bambino |__|__|__|__| - |__|__|__|__|__|__|

METODO DI PAGAMENTO

☐ TRAMITE CCP N. 68557719

☐ TRAMITE BONIFICO BANCARIO*
IBAN - IT 04 S 07601 16600 000068557719

PERIODICITÀ

☐ TRIMESTRALE
☐ SEMESTRALE
☐ ANNUALE

** Consigliamo di predisporre, tramite la propria banca, un **bonifico programmato***

Data _____ **Firma** _____

*Autorizzo **il trattamento dei miei dati personali** ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).*