**MODULO DI DICHIARAZIONE UNILATERALE DI IMPEGNO DI PERMANENZA NELL’ASSOCIAZIONE AGCI – ASSOCIAIZONE GENERALE COOPERATIVE ITALIANE**

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e Data di Nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Recapito Telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Indirizzo E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
In qualità di Legale Rappresentante della Cooperativa:

Ragione Sociale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede Legale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro:

* Che la Cooperativa “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” è regolarmente iscritta all’**ASSOCIAZIONE GENERALE COOPERATIVE ITALIANE** con il seguente numero d’iscrizione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di impegnarmi nella qualità di legale rappresentante, come innanzi indicato, a mantenere l’adesione della cooperativa “***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***” all’AGCI per il periodo di almeno 5 anni decorrenti dalla data di iscrizione;
* Di accettare e rispettare integralmente le norme contenute nello Statuto dell’Associazione e nelle delibere adottate dagli organi associativi competenti;
* Di adempiere agli obblighi associativi, inclusi il pagamento dei contributi Associativi annuali, nei termini stabiliti dall’Associazione;
* Di essere consapevole che l’inosservanza degli obblighi statutari o di questa dichiarazione può comportare la revoca del contributo a “fondo perduto” ricevuto a seguito dell’Avviso del 30/10/2024 di General Fond e restituzione delle somme a detto Fondo mutualistico.

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), dichiaro di aver ricevuto l’informativa sulla privacy dell’Associazione e autorizzo il trattamento dei miei dati personali per le finalità associative, nei limiti previsti dalla normativa vigente.  
Luogo e Data: [Città, GG/MM/AAAA]  
Firma del Dichiarante:  
[Nome e Cognome per esteso]  
Copia del documento di identità in corso di validità.

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_