



DOMANDA DI ADESIONE A SOCIO DELL' ASSOCIAZIONE

--

Il sottoscritto/a					
Nome		Cognome			
Nato a (Luogo)			Il (data)		
Residente in (indirizzo)					
Cap		Città			
Prov.		Regione			
Tel.		Fax		Cellulare	
E-mail		Professione			
Titolo di studio		Codice Fiscale			
Dichiara :					
1. di conoscere le finalità dell'Anffas Onlus e di condividerne lo Statuto ed il Regolamento					
2. di impegnarsi e rispettare lo Statuto, il Regolamento ed i deliberati associativi					
3. di godere dei diritti civili					
4. di essere parente in qualità di			del disabile		

Nome		Cognome			
Nato a (Luogo)			Il (data)		
Residente in (indirizzo)					
Cap		Città			
Prov.		Regione			
Tel.		Fax		Cellulare	
E-mail		Professione			
Titolo di studio		Codice Fiscale			
Affetto da		Assistito/a in			



5. Di non avere interessi professionali od economici con l'Associazione per attività svolte a suo favore			
6. Di impegnarsi a comunicare l'eventuale insorgere di situazione di conflitto con gli interessi dell'Associazione			
7. Di impegnarsi a versare la quota sociale di €		Diconsi €	
Chiede			
Di essere iscritto all'Associazione			
in qualità di Socio Ordinario <input type="checkbox"/>		Amico <input type="checkbox"/>	

Luogo		Data	
--------------	--	-------------	--

In Fede