

**Spett. le A.S.P.A  
(Acri Soccorso Pronto Aiuto)  
Associazione di Volontariato**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ ,

genitore di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ,

**Autorizzo**

mio/a figlio/a a frequentare corso di formazione per volontari del soccorso.

Cordiali Saluti

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Con osservanza

\_\_\_\_\_

**Associazione di Volontariato  
A.S.P.A.  
(Acri Soccorso Pronto Aiuto)  
Pubblica Assistenza**

**Via Madonna del Rinfresco 3 - 87041 - Acri - (CS)  
Tel. 0984 955858  
Email. info@aspacri.it**