



DICHIARAZIONE

_ l _ sottoscritt _ _____ ,
nat _ a _____ il ___ / ___ / ____ C.F. _____
residente a _____ provincia di _____
in via _____
n° _____ , telefono _____ cellulare _____
email _____ professione _____
titolo di studio _____

CHIEDE

Di essere ammesso quale SOCIO, ASSISTENTE/CONTRIBUENTE.

Dichiaro di avere presso conoscenza dello Statuto e del Regolamento Interno.

Allego inoltre i seguenti documenti:

- Dichiarazione sostitutiva del certificato di residenza;
- Certificato Medico di stato di buona salute;
- Autorizzazione dei genitori scritta sull'apposito modello (solo per minori di 18anni);
- N° 3 foto tessere.

Acri li ___ / ___ / ___

Firma del Richiedente

Firma Soci Presentatori

**O.D.V. P.A.
A.S.P.A.
(Acri Soccorso Pronto Aiuto)**

**Via Aldo Moro snc - 87041 - Acri - (CS)
Tel. 0984 955858
Email. info@aspacri.it
www.aspacri.it**