

*All' Associazione CENTRONOVE APS  
Circolo Aziendale  
San Vito al Tagliamento*

## DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE CENTRONOVE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ **e-mail** \_\_\_\_\_

**dipendente dall'Istituto La Nostra Famiglia**

reparto/servizio \_\_\_\_\_ Sede di \_\_\_\_\_

chiede l'iscrizione a socio dell'Associazione Centronove.- circolo aziendale, e versa la quota sociale annua pari a € 12,50.

Chiede inoltre che le informazioni sulle attività organizzate dal Centronove siano inviate a mezzo posta elettronica all'indirizzo suindicato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_