

**AL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE  
DELLA ASSOCIAZIONE CENTRONOVE APS  
Via Savorgnano, 2 (presso Ospedale)  
S.VITO AL TAGLIAMENTO**

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telef. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ pensionato  
(Ente): \_\_\_\_\_ chiede l'ammissione a socio  
dell'ASSOCIAZIONE CENTRONOVE APS con sede a S.Vito al Tagliamento Via  
Savorgnano, 2 (presso Ospedale).

*Chiede che vengano inviate le locandine delle iniziative alla mail suindicata.*

*Versa la quota associativa di € 12,50 annue.*

S. Vito, li \_\_\_\_\_

(firma) \_\_\_\_\_

---