

**All'Associazione italiana Persone Down – AIPD – Sede Nazionale
Viale delle Milizie n. 106 - 00192 Roma**

DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO ORDINARIO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Residente in via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

Email _____

CAP _____ Città _____

Provincia _____

Di professione _____ presso _____

Nella qualità di (1) _____

della persona con sindrome di Down (nome e cognome) _____

Nata a _____ il _____

Con la presente

DICHIARA di accettare lo Statuto dell'AIPD nazionale

SI IMPEGNA, nel limite delle proprie possibilità e competenze, a prestare volontariamente e gratuitamente opera di collaborazione per l'attuazione e il perseguimento degli scopi dell'Associazione

CHIEDE di essere ammesso a far parte di codesta Associazione in qualità di SOCIO ORDINARIO a norma degli art. 3 e 4 dello Statuto

Data

Firma

- (1) Genitore
Fratello
Sorella
Tutore
Persona con Sindrome di Down

Prot. n. _____

Ammesso dal consiglio di Amm.ne nella seduta del _____

Inserito nel libro dei Soci al n. _____