

**All'Associazione Italiana Persone Down – AIPD – Sezione di Ravenna  
Via Romea Sud 314/C, 48124 Classe, Ravenna**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO COLLABORATORE (non parente con persona con  
S. di Down)**

Il/La sottoscritt\_ .....

Nat\_ a ..... il .....

Residente a ..... CAP .....

in Via / Piazza ..... n° .....

Tel. .... Cell. ....

E-mail .....

Di professione ..... presso .....

**condividendo gli scopi e le attività dell'Associazione**

con la presente

DICHIARA di accettare lo Statuto dell'AIPD – Sezione di Ravenna e dell'AIPD Onlus– sede 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 COLLABORATORE a norma degli art. 3 e 4 dello Statuto.

ALLEGA ricevuta del versamento della quota associativa dell'importo di Euro 20,00 sul c/c n. 180583 presso Credito Cooperativo Ravennate e Imolese Soc. Coop - Filiale Berlinguer, v.le Berlinguer 12 – 48124 Ravenna IBAN: IT61Z0854213104037000180583

Data

Firma

.....

.....

Prot. n. \_\_\_\_\_

Ammess\_ dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del \_\_\_\_\_

inserito nel libro dei Soci al N. \_\_\_\_\_