

Domanda di ammissione

a Cittadinanzattiva APS/ODV Regione _____

Io sottoscritto

*Cognome _____

*Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

*Codice Fiscale _____

*Indirizzo _____

*Comune _____

*Provincia _____ *CAP _____

*Telefono _____

*Email _____

Condividendo le finalità contenute nella Carta di identità, chiedo **di aderire** a Cittadinanzattiva APS - alla sede di Cittadinanzattiva Regione _____

Assemblea Territoriale _____

Contanti € _____ Bonifico € _____ Carta di credito € _____ Altro € _____

Data e luogo _____ Firma _____

Ambiente e territorio Caregiver Consumatori Europa Giustizia Salute Scuola Trasparenza



CITTADINANZATTIVA APS Sede Regionale del/della _____ Assemblea Territoriale _____

Riscontro domanda di ammissione presentata dal/dalla Signore/Signora:

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

in data _____

Il Segretario regionale di Cittadinanzattiva Regione _____
presa visione della superiore domanda di adesione, riservandosi di sottoporre la citata domanda di ammissione alla decisione
dell'Organo di Amministrazione, come previsto dell'articolo 7.4 dello Statuto di Cittadinanzattiva Regione
_____ APS/DDV intanto ammette e rilascia alla Richiedente la Tessera di adesione all'Assemblea
Territoriale _____

Data e luogo _____

per il Segretario regionale di Cittadinanzattiva APS o DDV (*nome regione*) _____

Firma il Coordinatore dell'assemblea Territoriale _____

