Domanda di ammissione

a Cittadinanzattiva APS/ODV *Regione* MOLISE

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

www.cittadinanzattiva.it
SEDE NAZIONALE: Via Cereate 6 00183 Roma - Tel +39 06367181 - Fax +39 0636718333

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/ODV intanto ammette e rilascia alla Richiedente la Tessera di adesione all'Assemblea Territoriale_____

Data e luogo _____

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

Firma il Coordinatore dell'assemblea Territoriale_____