



Data _____

Al Consiglio Direttivo di
CARITA' SENZA CONFINI "ONLUS"

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Cod. ISS _____ mail _____

Tel. _____

CHIEDO

Di essere ammesso nell'Associazione di CARITA' SENZA CONFINI "ONLUS" in qualità di socio ordinario e mi impegno a versare la quota annuale di adesione.

In fede

Firma

Il Consiglio Direttivo di CARITA' SENZA CONFINI "ONLUS", vista la richiesta del/la sig.ra _____
presentata in data _____

Esprime parere favorevole/contrario all'accoglimento della domanda.

Il Presidente

Rita Berardi

Carità Senza Confini Onlus - Associazione di volontariato

P.le Campo della Fiera, 10 • 47893 Borgo Maggiore • Rep. San Marino

C.O.E. SM 19418 • Tel. 337 1007600 • 337 1007601 • Fax 0549 902071

caritasenzaconfini@gmail.com • www.caritasenzaconfini.org