**DOMANDA DI AMMISSIONE**

**Il/la sottoscritto/a, presa visione delle norme statutarie dell’Associazione “Laboratorio Adolescenza”, che si impegna a rispettare, CHIEDE di essere ammesso come:**

**🗌 Socio Ordinario; quota associativa 30 euro**

**🗌 Socio Sostenitore: quota associativa min. 50 euro**

**🗌 Socio Junior. quota associativa gratuita fino al compimento del 18° anno**

**Cognome Nome**

**Luogo e data di nascita**

**C.F.**

**Residenza Prov Indirizzo**

**Professione**

**Telefono Cellulare**

**e-mail**

**(indirizzo al quale saranno inviate tutte le comunicazioni dell’Associazione, compresa la convocazione dell’Assemblea Ordinaria e Straordinaria)**

**Data**

**Firma**

**La quota di iscrizione è stata versata:**

* **con bonifico su cc bancario IBAN: IT 09 Z 02008 01604 000102175808 🗌 (Unicredit Ag. 00204 – Milano San Gottardo)**