



SCHEDA DI ADESIONE

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Condividendo le finalità, i programmi e lo statuto dell'associazione aipacus chiedo di aderire all'associazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**NB: Inviare modulo firmato a: [info@aipacus.it](mailto:info@aipacus.it)**