

**RINNOVO AFFILIAZIONE AL MO.D.A.V.I. Federazione Provinciale di .....**  
**PER L'ANNO ..... - .....**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Postale \_\_\_\_\_ Tel. ab. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Tel. lavoro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

In qualità di PRESIDENTE Dell'Associazione \_\_\_\_\_

Operante nell'ambito \_\_\_\_\_  
(specificare: minori/disabili/anziani/disagio giovanile, ecc.)

Sede legale Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Indirizzo E-mail \_\_\_\_\_ Sito Internet \_\_\_\_\_

N° ISCRITTI ASSOCIAZIONE \_\_\_\_\_

Indirizzo cui inviare la corrispondenza (se diverso da quello della sede legale)

\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Di rinnovare l'affiliazione al MO.D.A.V.I. Federazione Provinciale di ..... per l'anno in corso

**DICHIARA**

- Di accettare lo Statuto, i Regolamenti e le disposizioni di volta in volta impartite dal MO.D.A.V.I. Federazione Provinciale di .....

Data .....

.....  
**IL PRESIDENTE**