



**AFAP ODV**

**Associazione Famiglie Affidatarie Project**

**Spett.le AFAP Associazione Famiglie Affidatarie Project**

**via Altofonte 96/E - 90129 Palermo**

**OGGETTO: richiesta di adesione all'Associazione AFAP - anno \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_

domiciliato/a in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

con la presente chiede di essere ammesso/a quale socio/a dell' AFAP Associazione Famiglie Affidatarie Project, condividendone le finalità istituzionali.

Il/la sottoscritto/a dichiara di accettare lo Statuto dell'Associazione e si impegna al versamento della quota associativa prevista pari ad € 25,00 da allegare alla presente.

• IBAN : IT75Y0200804667000102611546

Luogo..... Data.....

Firma leggibile \_\_\_\_\_