



Al Consiglio Direttivo dell' A.M.A..L.
Associazione Malati Alzheimer
Livorno – (O.D.V.)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____

Indirizzo e mail _____

Residente in _____ Via _____

CHIEDE

Di essere ammesso socio dell'Associazione A.M.A.L. Associazione Malati Alzheimer Livorno (ODV) con sede in Livorno

DICHIARA

- Di conoscere ad accettare integralmente lo statuto dell'Associazione
- Di rispettare i Regolamenti adottati dagli Organi dell'Associazione
- Di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli Organi dell'Associazione

In fede _____

Data _____