

# A.F.P.C.I.

## Modulo per la richiesta di adesione in qualità di socio All'Associazione Italiana Famiglie con Bambini con Paralisi Cerebrale Infantile

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Chiede

di essere iscritto/a all'Associazione in qualità di socio

### Dichiara

di conoscere lo statuto e di osservare le norme riguardanti gli associati

Firma \_\_\_\_\_

Ai fini delle legge n.675 del 31 dicembre 1996, autorizzo l'Associazione di Famiglie con Bambini con Paralisi Cerebrale Infntile-Onlus ad utilizzare i miei dati personali solo ed esclusivamente per gli scopi istituzionali dell'Associazione e per gestire proficuamente i rapporti associativi. Essi non dovranno essere forniti a terzi né potranno essere utilizzati da alcun altro soggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

SIAMO UN GRUPPO DI GENITORI IMPEGNATI A MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA  
VITA DEI NOSTRI FIGLI.  
ABBIAMO BISOGNO ANCHE DEL TUO TEMPO E DEL TUO AIUTO.

**INSIEME POSSIAMO FARLO**

SITO: [www.afpci.it](http://www.afpci.it)

E-MAIL: [info@afpci.it](mailto:info@afpci.it)

Puoi sostenerci versando una quota (minimo 10.00 €) sul conto corrente intestato a: A.F.P.C.I.

Cod. IBAN: IT64X0542853630000000003379