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

**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

domiciliato/a in Via n° cap

codice fiscale cellulare email

con la presente chiede di essere ammesso/a quale socio/a dell’ AFAP Associazione Famiglie Affidatarie Palermo, 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_