



importante inviare copia al Nazionale

REGIONE

COMITATO

DOMANDA DI AFFILIAZIONE RIAFFILIAZIONE ANNO _____

Il Comitato _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____ email _____

Codice fiscale _____

eventuale recapito postale o telefonico (se diverso)

presso _____ all'attenzione del/la sig./ra _____

eventuale Parrocchia di riferimento _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Provincia _____

Telefono _____ Fax _____ email _____

**ACCETTA LE FINALITA' FONDAMENTALI DELLO STATUTO E CHIEDE DI ESSERE
AFFILIATO/RIAFFILIATO AL CENTRO ITALIANO TURISMO SOCIALE,
CONDIVIDENDONE
IL PROGETTO ASSOCIATIVO**

Il Presidente del Comitato

_____ li _____