

MUTUO SOCCORSO FRA GLI OPERAI  
DI FIORENZUOLA D'ARDA APS  
P.LE M .D'AZEGLIO N.4  
FIORENZUOLA D'ARDA (PC)

Spett.le  
Consiglio di Amministrazione  
della Mutuo Soccorso APS

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

CHIEDO

Di diventare Socio/a della Associazione di Promozione Sociale  
Mutuo Soccorso Fra gli operai di Fiorenzuola D'Arda. A tal fine  
allego:

- Documento di identità e codice fiscale;
- Stato di famiglia;
- Certificato di residenza;
- Ricevuta di versamento di € 50,00 da versare in contanti,  
presso la sede nei giorni di apertura, oppure tramite  
bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Mutuo  
Soccorso fra gli operai di Fiorenzuola d'Arda APS  
IBAN: IT19 W030 6909 6061 0000 0159 984.

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto dell'associazione e  
in particolare dell'art. 2 "Scopi e attività".

Dichiaro di condividere le finalità dell'associazione e mi impegno  
a rispettare le norme contenute nello Statuto e le ulteriori  
regole stabilite dal Consiglio di Amministrazione e/o  
dall'Assemblea.

Il sottoscritto si dichiara altresì al corrente che, per poter  
mantenere l'iscrizione all'associazione, occorrerà versare  
l'importo di euro 50,00 entro il 31 gennaio di ogni anno, pena  
l'esclusione dall'associazione. Dichiaro inoltre di essere stato  
informato che i soci interni che risiedono all'interno dei locali  
dell'associazione sono tenuti a versare una quota di euro 140,00  
annui.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_