



Associazione Nazionale Centri Sociali Comitati Anziani e Orti - A.P.S.

Piazza XX Settembre, 5 - 40126 Bologna - C.F. 93013450387 - P.I. 02479241206

tel. 051.352178 - fax 051.4150245 - email: segreteria@ancescao.it - web: www.ancescao.it

Iscritta al registro Persone Giuridiche - Prefettura di Bologna, decr. n. 736 (pag. 125) vol. 5, dell'11.3.2015

Iscritta al registro Nazionale A.P.S. al n.35

# Modulo di conferma - anno **2019**

<b>DATI DEL SOCIO</b>		<b>TIPO DI ASSOCIAZIONE</b>	ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO ALTRI ENTI PRIVATI SENZA SCOPO DI LUCRO ALTRA TIPOLOGIA .....
N° PROTOCOLLO ADESIONE	<input type="text"/>	<b>ISCRITTA AL REGISTRO</b>	IN ATTESA DI ISCRIZIONE ..... REG. REGIONALE NR. ....
N° ISCRITTI/STIMA ANNO PRECEDENTE	<input type="text"/>		REG. PROVINCIALE NR. ....
C. F.	<input type="text"/>		ALTRO REGISTRO (INDICARE QUALE) .....
P. IVA	<input type="text"/>		

<b>DATI DEL SOCIO</b>
DENOMINAZIONE (DA STATUTO REGISTRATO) .....
INDIRIZZO SEDE .....
CAP <input type="text"/> COMUNE .....
PROV. <input type="text"/>
LOCALITÀ .....
TEL. .... FAX .....
CEL. SEDE .....
EMAIL .....
SITO WEB .....

<b>ATTIVITÀ SOCIALI</b>	INTRATTENIMENTO-BALLO VIAGGI E SOGGIORNI TURISTICI FORMATIVE ED EDUCATIVE (INCLUSI CORSI) EDITORIALI ALTRE ATTIVITÀ .....	SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE AL BAR SOMMINISTRAZIONE DI PASTI RACCOLTE FONDI PER FINALITÀ SOCIALI CULTURALI CON FINALITÀ EDUCATIVE
CULTURALI SPETTACOLO RICREATIVE BENEFICENZA		

<b>DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (PRESIDENTE pro-tempore)</b>
C. F. <input type="text"/>
COGNOME .....
NOME .....
INDIRIZZO .....
CAP <input type="text"/> COMUNE .....
PROV. <input type="text"/>
LOCALITÀ .....
TEL. .... CEL. ....
EMAIL .....
FAX .....

Si autorizza il trattamento dei dati per uso interno dell'Associazione ai sensi del Reg. UE nr. 679/2016.

DATA  /  /  IL PRESIDENTE .....

LA STRUTTURA COMPENSORIALE DI .....

O IL REFERENTE TERRITORIALE DI .....

per l'anno sociale **2019** conferma il permanere dei requisiti richiesti per la qualifica di Socio.

DATA  /  /

IL PRESIDENTE STRUTTURA COMPENSORIALE O REFERENTE TERRITORIALE (FIRMA)