MODULO DA COMPILARE A CURA DELLA SEDE PROVINCIALE DI ………………………………

**D I C H I A R A Z I O N E**

Si dichiara che il /la

Nato / a il a

Residente a Via

\* Telefono FAX

\* E-Mail

É REGOLARMENTE ISCRITTO DAL PARTITA SPESA FISSA N°

Data e Timbro della Sede Provinciale Il Segretario Provinciale

*\* Dati obbligatori*

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SEDE NAZIONALE SAM-GILDA, ASSPEI, ANPA.**

Quanto dichiarato dal Responsabile Provinciale di è esatto,

il Sig risulta regolarmente iscritto al **SAM-GILDA, ASSPEI, ANPA** dalla data su indicata.

 Data e Timbro della Sede Provinciale Il Segretario Provinciale