



# Pubblica Assistenza Cascina onlus

Tessera N° \_\_\_\_\_

Sede legale: Viale Comaschi 46 - 56021 Cascina (PI)  
Tel. +39 050.702425 - 702424 - Fax. +39 050.702099  
emai: info@pubblicassistenzacascina.it - web: www.pubblicassistenzacascina.it

## DOMANDA A SOCIO

Io sottoscritto, a conoscenza dello statuto e dei regolamenti, chiedo di essere ammesso a far parte della ASSOCIAZIONE PUBBLICA ASSISTENZA CASCINA ONLUS in qualità di socio:

Codice Famiglia N° \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_ Capo Famiglia

Stato Civile: \_\_\_\_\_ Coniugato/a con: \_\_\_\_\_ Referente

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Abitante in Via/Piazza: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Frazione \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di Residenza: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	SOSTENITORE .....	€ 15
<input type="checkbox"/>	ORDINARIO .....	€ 8
<input type="checkbox"/>	PENSIONATO .....	€ 5
<input type="checkbox"/>	CUMULATIVA NUCLEO FAMILIARE (OLTRE NR. 4 SOCI) .....	€ 30

Note: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

.....  
Dichiaro di essere informato/a che i dati suindicati potranno essere trattati secondo l'art. 13 del Dlgs. 196/03 a fini sociali.

Acconsento al trattamento

Non acconsento al trattamento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_