

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

DICHIARAZIONE

Si dichiara che il /la

Nato / a il.....a.....

Residente a Via.....

*Telefono.....

Fax

*Email

* *Campi obbligatori*

E' REGOLARMENTE ISCRITTO DALPARTITA SPESA FISSA N°.....

Data e Timbro della Sede Provinciale

Il Coordinatore Provinciale

.....

.....