**DOMANDA DI ISCRIZIONE ASSOCIATO**

Tessera locale associato n° Tessera Nazionale Unitre n°

Io sottoscritta/o:

Cognome . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . Nome . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

residente in . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . cap . . . . . . . . . . . . .

via . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . .

nato a . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . il . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

C. F. . . . . . . . . . . . . . . .. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

telef. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . cell. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

mail . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**CHIEDO**

di potermi associare a codesta Università della Terza Età – APS - Sede di ***Mogliano Veneto***e dichiaro di conoscere e accettarne integralmente lo Statuto, il Regolamento e di attenermi alle deliberazioni legalmente adottate dai suoi Organi associativi.

Verso contestualmente la quota associativa annuale determinata in € *50,00*

unica per tutte le attività dell’anno Accademico 2023– 2024.

 Data . . . . . . ……. . . . . . . . . . Firma . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .