Associazione nazionale per la promozione e la difesa dei diritti delle persone disabili

MODULO DI ISCRIZIONE AD ANIEP
Sede Nazionale

Il/La Sottoscritto/a_____
(Cognome) (Nome)

Nato/a a_____ il _____

Residente in via/piazza/ecc._____

_____

Cap_____Città_____Prov._____

Tel._____ e-mail_____

Disabile ❒ Sì ❒ No

CHIEDE

di essere ammesso/a come socio/a ad ANIEP – Sede Nazionale.

◆◆◆