

## Richiesta di Iscrizione Rimini Autismo OdV

### Al CONSIGLIO DIRETTIVO di Rimini Autismo OdV compilare e sottoscrivere

Il sottoscritto/a.....

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

Residente a .....CAP ..... in via .....

Telefono1 ..... telefono2 .....

e-mail ..... codice fiscale .....

### chiede di essere iscritto a Rimini Autismo OdV ed a tal fine dichiara:

di aver preso visione dello statuto di condividerne le finalità e di accettare le norme che regolano la vita associativa così come indicate nello statuto stesso. In particolare, dichiara:

- di accettare la modalità di comunicazione tramite e-mail all'indirizzo sopra indicato per la propria convocazione in assemblea;
- di partecipare alle iniziative sociali compatibilmente alle proprie possibilità;
- di operare costantemente alla diffusione di cultura sull'autismo.

**Dichiara di richiedere l'iscrizione a Rimini Autismo OdV in qualità di (barrare e compilare le caselle desiderate):**

**Socio ordinario-genitore**

10 euro con diritto di voto

**Socio ordinario-non genitore**

10 euro senza diritto di voto

(famigliari, nonni, amici, parenti, nuovi simpatizzanti, volontari vari).

**Socio sostenitore:**

quota liberale da 20 euro in su senza diritto di voto

(tutti coloro i quali decidono di fare un'offerta a Rimini Autismo OdV)

Data .....

Firma .....