



Al Consiglio Direttivo dell' A.M.A.L.  
Associazione Malati Alzheimer  
Livorno – (O.D.V.)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo e mail \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di essere ammesso socio dell'Associazione A.M.A.L. Associazione Malati Alzheimer Livorno (ODV) con sede in Livorno

### DICHIARA

- Di conoscere ed accettare integralmente lo statuto dell'Associazione
- Di rispettare i Regolamenti adottati dagli Organi dell'Associazione
- Di attenersi alle deliberazioni legalmente adottate dagli Organi dell'Associazione

In fede \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_