



Associazione Nazionale Centri Sociali Comitati Anziani e Orti - A.P.S.

Piazza XX Settembre, 5 - 40126 Bologna - C.F. 93013450387 - P.I. 02479241206

tel. 051.352178 - fax 051.4150245 - email: segreteria@ancescao.it - web: www.ancescao.it

Iscritta al registro Persone Giuridiche - Prefettura di Bologna, decr. n. 736 (pag. 125) vol. 5, dell'11.3.2015

Iscritta al registro Nazionale A.P.S. al n.35

Modulo di conferma - anno 2020

DATI DEL SOCIO

N° PROTOCOLLO ADESIONE

N° ISCRITTI/STIMA ANNO PRECEDENTE

C. F.

P. IVA

TIPO DI ASSOCIAZIONE

ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE

ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO

ALTRI ENTI PRIVATI SENZA SCOPO DI LUCRO

ALTRA TIPOLOGIA

ISCRITTA AL REGISTRO

IN ATTESA DI ISCRIZIONE REG. REGIONALE NR.

REG. PROVINCIALE NR.

ALTRO REGISTRO (INDICARE QUALE)

DATI DEL SOCIO

DENOMINAZIONE (DA STATUTO REGISTRATO)

INDIRIZZO SEDE

CAP COMUNE

PROV.

LOCALITÀ

TEL. FAX CEL. SEDE

EMAIL SITO WEB

ATTIVITÀ SOCIALI

CULTURALI

SPETTACOLO

RICREATIVE

BENEFICENZA

INTRATTENIMENTO-BALLO

VIAGGI E SOGGIORNI TURISTICI

FORMATIVE ED EDUCATIVE (INCLUSI CORSI)

EDITORIALI

ORTI

SOMMINISTRAZIONE DI ALIMENTI E BEVANDE AL BAR

SOMMINISTRAZIONE DI PASTI

RACCOLTE FONDI PER FINALITÀ SOCIALI

CULTURALI CON FINALITÀ EDUCATIVE

ALTRE ATTIVITÀ

DATI DEL RAPPRESENTANTE LEGALE (PRESIDENTE pro-tempore)

C. F.

COGNOME NOME

INDIRIZZO

CAP COMUNE

PROV.

LOCALITÀ TEL. CEL.

EMAIL FAX

Consapevole dello STATUTO e del REGOLAMENTO di ANCESCAO A.P.S., nonché degli STATUTI delle Strutture Territoriali della medesima territorialmente competenti, si conferma, ove occorrer possa, che l'adesione ad ANCESCAO A.P.S. deve intendersi avere, quale conseguenza, l'adesione anche alle predette Strutture Territoriali (Regionale e Comprensoriale) di riferimento.

Si autorizza il trattamento dei dati per uso interno dell'Associazione ai sensi del Reg. UE nr. 679/2016.

DATA / / IL PRESIDENTE

LA STRUTTURA COMPENSOIALE DI

O IL REFERENTE TERRITORIALE DI

per l'anno sociale 2019 conferma il permanere dei requisiti richiesti per la qualifica di Socio.

DATA / /

IL PRESIDENTE STRUTTURA COMPENSOIALE O REFERENTE TERRITORIALE (FIRMA)