



Associazione Italiana Sindrome Kabuki ODV
Presente nell'elenco delle Associazioni registrate presso Telethon

via Tiberio, 2 – 04011 Aprilia (LT)
presidente@sindromekabuki.it

MODULO DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE

(prendere visione dello statuto reperibile su www.sindromekabuki.it)

DATI ANAGRAFICI RICHIEDENTE

COGNOME:	NOME:		
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA		
RESIDENTE IN:			
CAP	CITTA'	PROV.	REGIONE
CODICE FISCALE		PROFESSIONE:.....	
TEL	FAX	CELL.....	
EMAIL			

<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE	<input type="checkbox"/> TUTORE	<input type="checkbox"/> ALTRO
--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

DATI ANAGRAFICI FIGLIO KS

NOME:	COGNOME:	
NATO A :		IL

ALTRI FIGLI

NOME	DATA DI NASCITA	NOME.....	DATA DI NASCITA.....
NOME	DATA DI NASCITA.....	NOME	DATA DI NASCITA.....

Chiedo di volere aderire all'Associazione Italiana Sindrome Kabuki in qualità di SOCIO.	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto dell' Associazione Italiana Sindrome Kabuki.	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Sono consapevole che l'iscrizione all'associazione comporta il pagamento di una quota annuale che per l'anno di 2020 ammonta ad € 50,00 pagabile con bonifico.	
Firma :	

Dichiaro, inoltre, di allegare copia documenti d'identità in corso di validità.

Data



*Associazione Italiana Sindrome Kabuki ODV
Presente nell'elenco delle Associazioni registrate presso Telethon*

via Tiberio, 2 – 04011 Aprilia (LT)
presidente@sindromekabuki.it

A fine anno l'Associazione provvederà a spedire l'elenco di tutte le famiglie iscritte a ciascun SOCIO (previo ricevimento, in sede, del modulo di iscrizione e del pagamento della quota annuale).