

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

*Al Consiglio Direttivo dell'ATCRUP onlus*

*Il /La sottoscritt\_*

*Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_*

*Nat\_ a \_\_\_\_\_ Prov. Di \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_*

*Cittadinanza \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_*

*Residente a \_\_\_\_\_ Prov. Di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_*

*Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_*

*Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_*

*E-mail \_\_\_\_\_*

*Codice Fiscale \_\_\_\_\_*

*Grado di parentela \_\_\_\_\_ del paziente ustionato \_\_\_\_\_*

---

*Chiede di essere ammess\_ quale soci\_ della Associazione Toscana per la Cura e la Riabilitazione delle Ustioni Pediatriche Onlus ( organizzazione vnon lucrativa di utilità sociale)*

*Il / la sottoscritt\_ , presa visione dell'estratto dello statuto dell'ATCRUP dichiara di condividerne le finalità e si impegna a ad osservarne statuto e regolamento*

*Firenze, \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_*

*Firma del richiedente*

\_\_\_\_\_