

**All'Associazione italiana Persone Down – AIPD – Sede Nazionale  
Viale delle Milizie n. 106 - 00192 Roma**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO ORDINARIO**

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

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

Residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Di professione \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Nella qualità di (1) \_\_\_\_\_

della persona con Sindrome di Down (nome e cognome) \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Con la presente

DICHIARA di accettare lo Statuto dell'AIPD nazionale

SI IMPEGNA, nel limite delle proprie possibilità e competenze, a prestare volontariamente e gratuitamente opera di collaborazione per l'attuazione e il perseguimento degli scopi dell'Associazione

CHIEDE di essere ammesso a far parte di codesta Associazione in qualità di SOCIO ORDINARIO a norma degli art. 3 e 4 dello Statuto

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1)  
genitore  
Fratello  
Sorella  
Tutore  
Persona con Sindrome di Down

Prot. n. \_\_\_\_\_  
Ammesso dal consiglio di Amm.ne nella seduta del \_\_\_\_\_  
Inserito nel libro dei Soci al n. \_\_\_\_\_