



PUBBLICA ASSISTENZA DI FIDENZA  
VIA DON TINCATI 3, 43036 FIDENZA, PR  
TEL 052482943, FAX 052482842  
C.F. 82003150347

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ATTIVO MINORE DEGLI ANNI 18

I sottoscritti (Padre) \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
(Madre) \_\_\_\_\_  
Nata a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ nella loro qualità di genitori/tutori esercenti la  
potestà  
del minore \_\_\_\_\_ nato a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Tel. Abit. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### ACCONSENTONO

L'iscrizione del figlio alla PUBBLICA ASSISTENZA DI FIDENZA affinché sia ammesso in qualità di SOCIO ATTIVO (Milite). Dichiarano di aver preso visione dello statuto e del regolamento dell'Associazione, di condividere gli scopi, di acconsentire che il figlio presti la propria opera personale nei modi ivi previsti. Allega alla presente due fotografie formato tessera.

In fede

*Il Padre*

*La Madre*

.....

.....

Fidenza, \_\_\_\_\_

SOCI ATTIVI CHE PRESENTANO:

IL MINORE:

1) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE!** - La presente domanda - corredata di 2 foto f.to tessera - NON DEVE ESSERE INTRODOLTA nella busta della Cartella sanitaria.

**Servizi annui richiesti: minimo 15**