

COMPILARE IN STAMPATELLO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE FAMIGLIE DEI CADUTI E DISPERSI IN GUERRA

COMITATO PROVINCIALE DI _____

Il sottoscritt _____ tessera n. _____
nat a _____ il _____ stato civile _____
residente a _____ CAP _____
Via/Piazza _____ n. _____
telefono _____ cell. _____

DICHIARA:

1) IN QUALITA' DI SOCIO DELL'A.N.F.C.D.G, DI APPARTENERE ALLA CATEGORIA DI:

- GENITORE - VEDOVA del Caduto _____
- ORFANO DI GUERRA del Caduto _____
- FRATELLO/SORELLA del Gr. Invalido _____
- VEDOVA DI GR. INVALIDO del Caduto _____
- SOCI NON CONGIUNTI del Gr. Invalido _____

2) NELL'ANNO IN CORSO

- di non essere stato ammesso nella Casa di Soggiorno
- di essere stato ammesso nella Casa di Soggiorno

3) NEGLI ANNI PRECEDENTI

- di non aver mai soggiornato nella Casa di Soggiorno
- di aver soggiornato ma non negli ultimi 5 anni
- di aver soggiornato negli ultimi 5 anni (specificare): _____

4) DI ESSERE AUTOSUFFICIENTE ED ESENTE DA AFFEZIONI CONTAGIOSE

5) DI ACCETTARE INTEGRALMENTE LE CONDIZIONI STABILITE DAL REGOLAMENTO CHE DISCIPLINA IL SOGGIORNO NELLA CASA E DI CUI HA PRESO VISIONE

CHIEDE

Di essere ospitat_ nella Casa di Soggiorno "Villa Trieste" in Sirmione

dal _____ al _____ oppure dal _____ al _____

in camera _____ oppure in camera _____

(specificare il tipo di camera - singola, doppia o tripla)

ATTENZIONE: le domande - non complete o illeggibili - di TUTTI i dati richiesti non saranno prese in considerazione. L'omissione delle indicazioni dei soggiorni precedentemente fruiti comporta l'attribuzione di 0 punti alla domanda ai fini della graduatoria per l'ammissione alla Casa.

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Si conferma la veridicità di quanto dichiarato dal richiedente N°. TESSERA _____

Il Presidente di Sezione _____ Il Presidente
Provinciale _____

DATA _____

TIMBRO DEL C.P

