

Da compilare qualora il sottoscritto fosse interessato ad impegnarsi attivamente come volontario di AIP APS

Spettabile AIP APS,
c/o Casa delle Associazioni, Via Giovanni Cimabue, 16
25134 Brescia

Si raccomanda di compilare in stampatello e inviare alla segreteria AIP tramite posta o via e-mail, oppure consegnare a un Socio.

**Io sottoscritto dichiaro di essere interessato ad impegnarmi in attività
di volontariato in AIP APS**

In tal caso AIP APS provvederà a regolare la sua posizione assicurativa a termine di legge (L. 266/91).

Nome _____ **Cognome** _____

Luogo di nascita _____

C.F. _____ **Centro di cura** _____

Indirizzo postale completo

Via _____ **Nr. civico** _____ **CAP** _____

Comune _____ **Prov.** _____

Indirizzo e-mail _____ **Tel.** _____

Data _____

Firma _____

CONTATTI

+39 3510269978
info@aip-it.org
aip.onlus@pec.it
CF 98042750178
P.IVA 04115490981

SEDE LEGALE

c/o Cattedra di Clinica Pediatrica
Università degli Studi di Brescia
Piazzale Spedali Civili, 1
25123 Brescia (BS)
Iscritta nel RUNTS rep. n.113294 atto dir. n.1467/2023 del 16/05/2023

SEGRETERIA

c/o Casa delle Associazioni,
Via Giovanni Cimabue, 16
25134 Brescia (BS)



Seguici!

