**MODULO DI ADESIONE**

Il/la sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| DATA DI NASCITA |  |
| LUOGO DI NASCITA | (prov) |
| CODICE FISCALE |  |
| MATRICOLA |  |
| CITTA’ DI RESIDENZA | (prov) |
| INDIRIZZO |  |
| RECAPITO EMAIL/TELEFONICO |  |

* DICHIARA

Di essere regolarmente iscritto al \_\_\_ anno □ in corso □ fuori corso del Corso di laurea/laurea magistrale/dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso la Facoltà/Dipartimento di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* CHIEDE

di aderire per l’anno \_\_\_\_\_\_\_\_ all’associazione di rappresentanza studentesca denominata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN QUALITA’ DI

SOCIO □   
SOCIO AGGREGATO □ (indicare l’associazione principale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allega alla presente: fotocopia del documento di identità.**

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Firma per accettazione del Presidente dell’Associazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_