

DOMANDA DI ASSOCIAZIONE

Il/La sottoscritto/a

(nome)	<input type="text"/>
(cognome)	<input type="text"/>
nato/a a	<input type="text"/>
il	<input type="text"/>
residente in	<input type="text"/>
cap	<input type="text"/>
città	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>
titolo di studio	<input type="text"/>
in servizio* c/o	<input type="text"/>
città	<input type="text"/>

chiede l'iscrizione all'A.L.I.MA.

* Inserire la scuola o l'istituzione di appartenenza oppure indicare "iscritto/a alle graduatorie", "supplente" o altro

data firma _____

L'aspirante socio è presentato da:

firma _____