ANGLAT

ASSOCIAZIONE NAZIONALE GUIDA LEGISLAZIONI ANDICAPPATI TRASPORTI
SEZIONE DI TREVISO E PROVINCIA APS ONLUS C.F. 94024360268
Via BRESSA, 8 - 31100 TREVISO- Tel. e Fax 0422-419838 cell. 3383763528
- E-Mail**: *anglattv@alice.it* -www.anglattreviso.it**

MODALITA' D'ISCRIZIONE ALL'ANGLAT

1. Fotocopia del **riconoscimento d'invalidità** (civile, per servizio, di guerra, del lavoro, etc.) **quota d'iscrizione annuale €.36,00 .**

2. Soci "**SOSTENITORI Fotocopia del documento di Riconoscimento" la quota annuale è di €. 36,00** ☐

3. In Sede, nei giorni **di Mercoledì previo appuntamento tel. e il Venerdì, dalle ore 15,00/18,00,** solo per contanti.

A) Versamento su Conto Corrente Bancario, intestato all'ANGLAT Treviso, presso**: Banco Popolare di Verona IBAN: IT63H0503412002000000419838**

B) Versamento sul Conto Corrente Postale n. 10479319, intestato all'ANGLAT Treviso, presso**: Poste Italiane Treviso IBAN: IT60D0760112002000010479319**

Modalità d'Iscrizione:

- **Fotocopia certificato I° Istanza invalidità rilasciato dall'Ulss di appartenenza**
- **Compilare e firmare n. 2 "Moduli per la Privacy" (*in Originale, NON in fotocopia o per fax*)**

1. **Per la Segreteria Nazionale ANGLAT – Roma**
2. **ANGLAT SEZIONE TERRITORIALE di Treviso E Provincia**

4. **Inviare o consegnare "tutta" la documentazione:**

ANGLAT Via Bressa, 8 - 31100 Treviso SEZIONE TERRITORIALE DI TREVISO E PROVINCIA

==========

Facsimile Ricevuta da parte ANGLAT Treviso

Si certifica che __ l__Sig. _____ Nat__a _____

Prov. _____il _____Residente a_____ Prov. ____CAP _____

Via_____Tel._____E-Mail:_____

Fax_____Tipo di Disabilità:_____

Socio Sostenitore: *(Se Persona NON Disabile è Sostenitore)*

Socio Disabile: *(Persona Disabile)*

Ha aderito alla nostra associazione per l'anno _____