

ASSOCIAZIONE MUTUO SOCCORSO
Toscana Centro - APS

Firenze, _____

Il sottoscritto _____
dipendente dell'Azienda Sanitaria _____ fino alla data
del _____ e da allora collocato a riposo, nonché socio
dell'Associazione Mutuo Soccorso Toscana Centro – APS,

CHIEDE

la prosecuzione dello status di socio dell'Associazione stessa,
impegnandosi a rispettare tutte le norme contenute nello Statuto e nel
Regolamento sociale.

In fede,