



EMPORIO DELLA SOLIDARIETÀ

Modulo d'iscrizione

Nome e Cognome _____

Comune di residenza _____

Via _____ N. Civico _____

Data di nascita ___ / ___ / _____

Codice Fiscale _____

Numero di telefono _____

E-mail _____

Data prima domanda _____

Numero componenti nucleo familiare e età di ciascun componente:

| | Nome e cognome del componente familiare | Età |
|---|-----------------------------------------|-----|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

Intolleranze alimentari / allergie /diete specifiche

Data e luogo

Firma
