

Anno ..... codice .....

APS  ODV  SOC. DI MUTUO SOCCORSO  CIRCOLO  ALTRI ETS

Ragione Sociale: .....

Sede Legale: Indirizzo.....N°..... Città: ..... Cap: ..... Pr:.....

Tel: ..... Email: .....Cod, Fisc/ P. IVA.....

**Consiglio Direttivo - Legale Rappresentante:**

Nome..... Cognome..... Nato il.....

Nato a: ..... Pr: ..... Cod, Fisc .....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

Tel./Cell. .... Email: .....

**Vice-Presidente:** Nome..... Cognome.....

Nato il.....Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Consigliere:** Nome.....Cognome.....

Nato il.....Codice Fiscale.....

Residenza: .....N°..... Città: ..... Pr: ..... Cap: .....

**Attività Prevalenti / Specializzazioni**

.....

Attività/Finalità statutarie.....

RICHIESTA NULLA OSTA SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI E BEVANDE

RICHIESTA ISCRIZIONE REGISTRO UNICO NAZIONALE TERZO SETTORE (RUNTS)

GIÀ ISCRITTA REGISTRO APS/ODV:  REGIONALE  NAZIONALE

Data di Costituzione: .....

Tipologia:  ANR(senza personalità giuridica)  ASR(con personalità giuridica)  Soc. di capitali e Cooperative

Registrato all'Ag. delle Entrate di: Comune: ..... Pr: ..... Num: ..... Data: .....

Atto Pubblico: Nome Notaio ..... Cognome Notaio .....

Distretto Notaio ..... Num, Rep. Notarile ..... Num. Reg. Persone Giuridiche.....

Visto Ente Affiliante

TIMBRO E FIRMA DEL PRESIDENTE