



ASSOCIAZIONE DIPENDENTI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ APS

Via del Castro Laurenziano n. 25

00161 Roma

IL SOTTOSCRITTO/A

NATO/A A **IL**

TELEFONO INTERNO **CELL.**

E-MAIL

RICHIEDE REVOCA

dell'iscrizione all' **ASSOCIAZIONE DIPENDENTI ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**'.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver riconsegnato il tesserino dell'Associazione dell'anno in corso.

Data

Firma

Per il dopolavoro

Data

Firma e Timbro