

S. O. SOLIDARIETA'

IMPEGNO di SOSTEGNO a DISTANZA

Cognome e Nome del sostenitore _____
Indirizzo _____ N.civico _____
C.A.P. _____ Comune _____ Provincia _____
Telefono _____ Cellulare _____ e-mail _____

Mi impegno a sostenere BAMBINO con un impegno di 1,00 euro/giorno - € 30,00/mese
ad effettuare i pagamenti con scadenza

Mensile Trimestrale Semestrale Annuale

Inizio adozione _____ e finché permarrà lo stato di bisogno.

BAMBINO e STATO di FAMIGLIA

Nome e Cognome _____

di _____ **e di** _____

nato il _____

scuola frequentata _____

fratelli/ sorelle _____

Note :

Pienamente informato, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30/06/03 n. 196 autorizzo il trattamento dei miei dati

Data _____

Firma del sostenitore _____

S.O.SOLIDARIETA' per accettazione: _____