



Associazione italiana per la cura delle dipendenze patologiche

Richiesta di adesione alla Associazione

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo di residenza _____

Cap _____ Città _____

Servizio di appartenenza _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Qualifica _____

Tel. Ufficio _____

Fax _____ e-mail _____

Sono interessato ad aderire alla Associazione poiché ne condivido il documento costitutivo e le finalità statutarie

Sono interessato a partecipare alle iniziative della Associazione

**Trasmettere a mezzo fax al seguente numero telefonico: 0881.665777
o a mezzo mail al seguente indirizzo di posta elettronica: info@crescereitalia.it**