

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Residente a _____ in Via/Piazza _____

Codice fiscale _____

Legale rappresentante della Ditta _____

Comunica

l'importo del contributo annuo offerto a favore dell'Istituto nella misura di

€ _____

(in cifre)

€ _____

(in lettere)

data _____

Firma _____
(obbligatoria a pena di nullità della domanda)