

Spett.
Centro di Servizio per il Volontariato Abruzzo

Via Saragat, 10
67100 L'Aquila (AQ)

Oggetto: comunicazione recessione ruolo OLP

Il/La sottoscritto/a	<input type="text"/>		
	cognome e nome		
nato/a a	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	località		provincia
il	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	giorno	mese	anno
Codice Fiscale	<input type="text"/>		
residente in	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	località		provincia
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	indirizzo	n. civico	cap
impegnato/a nel progetto	<input type="text"/>		
	titolo progetto		
nella sede	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	denominazione sede		codice sede

COMUNICA

di voler recedere dal ruolo di OLP per motivi:

luogo e data

firma