

SOCIETA' COOPERATIVA FARMACEUTICA
Via Passione n. 8 – 20122 MILANO
Tel. 02/78.41.41 Fax 02/78.13.08

Spazio riservato alla Società

Appartamento n.	
-----------------	--

Partitario _____

Telefono n° _____

PIAZZATORRE
DOMANDA DI SOGGIORNO

Cognome		Nome	
Data di Nascita	Comune di Nascita		Prov./Nazione
Cittadinanza			
Residenza			
Cap	Città		
Indirizzo Via/Piazza			
Tipo documento	Numero documento	Data rilascio	
Autorità che ha rilasciato il documento			

Unitamente a n° _____ familiari

CHIEDE

- Di poter soggiornare per 15 gg
- Di poter soggiornare per 7 gg
- Di poter soggiornare per 2 gg

NEL PERIODO

Dal	Al	Oppure	Dal	Al
Mese			Mese	

Dichiara inoltre di

- non aver usufruito del soggiorno negli anni _____
- aver usufruito del soggiorno negli anni _____

In fede.

FIRMA

P.S. Invitiamo i gentili sigg. Soci di presentare la domanda compilata in ogni singola parte