



RICHIESTA ADESIONE ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE  
"UNIVERSITÀ DI ARISTAN" E ISCRIZIONE ANNO ACCADEMICO 2024-2025

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Chiede di poter aderire all'associazione di promozione sociale UNIVERSITÀ DI ARISTAN in qualità di Socio Ordinario.

A tal fine effettua il versamento della quota associativa annuale pari a 5 euro e della quota di iscrizione all'A.A. 2024-2025 di 145 euro.

Cagliari \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

IBAN PER IL VERSAMENTO (tot.€ 150,00): IT83U0101517402000070862779

Intestato a A.P.S UNIVERSITÀ DI ARISTAN

CAUSALE: Quota associativa – Iscrizione Anno Accademico 2024-2025

Da inviare a [universita.aristan1@gmail.com](mailto:universita.aristan1@gmail.com)