



**ENTE NAZIONALE PER LA PROTEZIONE E L'ASSISTENZA DEI SORDI – ONLUS APS**

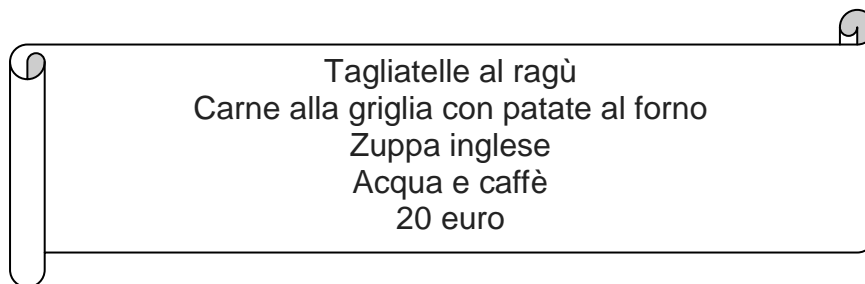
Ente Morale che opera senza fini di lucro per l'integrazione dei sordi nella società

**SEZIONE PROVINCIALE DI RAVENNA**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Numero cell: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_



Cena n. \_\_\_\_\_

Maglia n. \_\_\_\_\_ Taglia: \_\_\_\_\_



15€

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_