

Amatrice, li 22.01.2024

Oggetto: CONVOCAZIONE ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE DEGLI ASSOCIATI

L'Assemblea Ordinaria Annuale degli Associati dell'Avis Comunale di AMATRICE O.d.V., ai sensi dell'art. 9 (comunali) 10 (Prov. E Reg.) dello Statuto, è

CONVOCATA

per il giorno **24 febbraio 2024** con inizio alle ore 7,00 in prima convocazione ed alle ore 15,30 in seconda, presso la sede Avis Comunale di Amatrice in Piazza del Donatore – Amatrice (RI), con il seguente o.d.g.:

1. Lettura del Verbale della Commissione Verifica Poteri;
2. Relazione del Consiglio Direttivo e del programma attività anno 2024;
3. Esposizione bilancio di previsione anno 2024;
4. Esposizione Relazione del Tesoriere e Rendiconto di Cassa anno 2023;
5. Relazione del Revisore dei Conti;
6. Dibattito ed interventi programmati;
7. Approvazione della Relazione del Consiglio Direttivo e Programma attività;
8. Ratifica Preventivo anno 2024;
9. Approvazione del Rendiconto di Cassa anno 2023;
10. Elezione dei componenti della Commissione Verifica Poteri per il quadriennio 2024-2027;
11. Proposta ed approvazione Candidati Commissione Verifica poteri Avis Sovra Ordinate per il quadriennio 2024-2027;
12. Proposta ed approvazione n. dei consiglieri effettivi e n. consiglieri supplenti da eleggere per il quadriennio 2025-2028;
13. Proposta ed approvazione modalità di elezione Organi sociali valido per il quadriennio 2025-2028;
14. Nomina delegati Assemblea Avis Provinciale di Rieti O.d.V.;
15. Proposta dei delegati Assemblea Avis Regionale del Lazio Od.V.;
16. Proposta dei delegati Assemblea Avis Nazionale O.d.V.;

Cordiali saluti

Il Presidente

Francesco Di Marco

DELEGA

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ (____) il
____/____/____ e residente in _____ (____), Via/piazza
_____, n. _____, CAP _____, C.F.
_____ iscritto all'Avis Comunale di _____ OdV ed impossibilitata/o a
partecipare all'Assemblea Annuale per il ____/____/____, delega la/il Sig.ra/Sig. _____, nata/o a
_____ (____) il ____/____/____ e residente in _____ (____),
Via/piazza _____, n. _____, CAP _____, C.F.
_____ iscritto all'Avis Comunale di _____ OdV. Ed acclude
Documento d'identità in corso di validità.
_____, ____/____/____

La/il socia/o _____