

Ai Sigg.ri
ASSOCIATI dell'Avis Comunale di Amatrice O.d.V.
Revisore dei Conti
Componenti della Commissione Verifica Poteri
Presidente Avis Provinciale di Rieti O.d.V.
Ai Sigg.ri

Prot. n. A1/2025
Data 03/01/2025

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. 8 c. 6 dello Statuto è

CONVOCATA

per il giorno **08 Febbraio 2025** con inizio alle ore 15:00 in prima convocazione ed **alle ore 16:00 in seconda, presso la sede dell'Avis in Corso Umberto I 104, 02012, Amatrice O.d.V.**, con il seguente o.d.g.:

1. Insediamento dell'Ufficio di Presidenza
2. Nomina del Comitato Elettorale
3. Relazione di Missione del Consiglio Direttivo ed Esposizione Rendiconto di Cassa anno 2024
4. Esposizione Bilancio Preventivo 2025
5. Relazione del Revisore dei Conti
6. Dibattito ed interventi programmati
7. Lettura del Verbale della Commissione Verifica Poteri
8. Approvazione Relazione di Missione e Bilancio Consuntivo 2024
9. Ratifica Bilancio Preventivo anno 2025
10. Elezione dei componenti del Consiglio Direttivo per il quadriennio 2025-2028
11. Lettura del Verbale del Comitato Elettorale e proclamazione degli eletti.
12. Nomina dell'Addetto Contabile e di Bilancio per il quadriennio 2025-2028
13. Nomina delegati Assemblea Provinciale e del Capo Delegazione
14. Disponibilità dei candidati per la delega alle Assemblee Regionale e Nazionale

Il seggio elettorale per le operazioni di voto sarà aperto dalle ore 16:30 alle ore 17:00 del 08 febbraio p.v. e se il n. dei candidati è uguale al n. dei consiglieri da eleggere si vota per alzata di mano.

Cordiali saluti.

Il Presidente

di **FRANCESCO DI MARCO**

NB: L'accreditamento può essere effettuato dalle ore 16:00 alle ore 16:30

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
