



Confartigianato
persone
VERONA

ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
ANZIANI
PENSIONATI
VERONA



FESTA del SOCIO 2026

DOMENICA

8
NOVEMBRE
2026

ORE 12.30

RISTORANTE VILLA VENTO
STRADA OSSARIO, 24
CUSTOZA DI SOMMACAMPAGNA (VR)

Prenotazione obbligatoria entro il 2 novembre >>> Modulo ed indicazioni sul retro >>>

MENÙ

Aperitivo di benvenuto al tavolo

Primi piatti

- ▶ Risotto al radicchio e Vezzena
- ▶ Tortellini al burro e salvia
- ▶ Fettuccine al ragù d'anatra

Secondo piatto

Tagliata di manzo alla griglia con olio e rosmarino

Contorno

Verdure miste

Dessert

Stogliatella con mascarpone e confettura di fichi

Caffè e correzioni

Acqua, Vino del territorio

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

- ▶ Gratuita per gli Associati ANAP
- ▶ Euro 48,00 per i non Associati da versare al momento della registrazione

COME PARTECIPARE

Iscrizioni fino ad esaurimento dei posti, entro e non oltre il **2 novembre 2026**, con una delle seguenti modalità.

▶ Consegna il tagliando di iscrizione sottostante in una delle sedi di Confartigianato:

- Verona - Via Selenia, 16
- Bovolone - Via Cesare Battisti, 7
- San Bonifacio - Via Crosaron, 18, c/o Centro Commerciale Soave Center

oppure

- ▶ invia il tagliando, a seguito di scansione, all'indirizzo e-mail:
 - info@confartigianato.verona.it
- ▶ prenota telefonando (anche per informazioni) allo 045 9211555
- ▶ prenota online compilando il modulo sul sito www.confartigianato.verona.it
- ▶ prenota online inquadrando, con la fotocamera del telefono, il Codice QR qui a fianco



TAGLIANDO DI PARTECIPAZIONE RITAGLIABILE • FESTA DEL SOCIO ANAP • 9 NOVEMBRE 2026

Partecipante 1) Cognome _____ Nome _____
 Residente nel comune di _____ Prov. _____
 Indirizzo _____ N. civ. _____
 Tel. _____ Cell. _____ Email _____
 Socio Anap Sì ☐ NO ☐
 Eventuali Allergie e/o Intolleranze alimentari: _____

Eventuali altri partecipanti

Partecipante 2) Cognome _____ Nome _____
 Socio Anap Sì ☐ NO ☐
 Eventuali Allergie e/o Intolleranze alimentari: _____

Partecipante 3) Cognome _____ Nome _____
 Socio Anap Sì ☐ NO ☐
 Eventuali Allergie e/o Intolleranze alimentari: _____

Partecipante 4) Cognome _____ Nome _____
 Socio Anap Sì ☐ NO ☐
 Eventuali Allergie e/o Intolleranze alimentari: _____