

**ALL'ASSOCIAZIONE PENSIONATI DELLA
CONSISTENZA ORGANICA ISTITUITA PRESSO
LA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**
Via di San Vito, 17 - 00185 - ROMA
Tel./Fax: 06-4467999 – Tel. 06-49382573
www.apcopcm.org - e-mail: info@apcopcm.org

Il/La sottoscritt____, chiede di aderire a codesta Associazione in qualità di **“Socio Ordinario”**.

A tal fine:

- a)** dichiara, sotto la propria responsabilità, di non avere pregiudizi penali per delitti dolosi e di non aver tenuto condotte lesive dei valori dell'Associazione;
- b)** si impegna ad osservare integralmente e lealmente le norme stabilite dallo Statuto e dal Regolamento dell'Associazione;
- c)** si impegna **a versare la quota annuale di € 60,00 (sessanta/00)** a mezzo:
 - bonifico bancario presso Banca Intesa San Paolo Roma - IBAN: IT05B 03069 09606 10000 0144465 intestato a Associazione Pensionati C.O. P.C.M.

con causale: “Quota associativa anno _____ nome e cognome”;

- d)** comunica i seguenti dati personali, autorizzandone il loro trattamento per esclusive finalità istituzionali, che potranno essere comunicati esclusivamente -se e quando necessario- ai competenti titolari di questa Associazione ed ai superiori organi di controllo (legge 30 giugno 2003, n. 196):

- COGNOME E NOME _____
- Luogo e data di nascita _____
- Via/ Piazza _____
- Città _____ CAP _____ Prov. _____
- Recapito telefonico _____ Cell. _____
- Codice Fiscale _____
- Cognome e Nome del Coniuge _____
- Amm.ne di provenienza e Grado _____
- Organismo Informativo di provenienza _____
- Qualifica Funzionale negli OO.I.S. _____
- Data di collocamento in quiescenza _____
- Titoli Accademici e/o Onorifici _____
- Posta elettronica/ **e-mail:** _____

- e)** allega n. 2 fotografie, formato tessera, per il rilascio della tessera sociale.

Luogo e data _____

Il/La richiedente
