

**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__ vedov__ del 1 _____ 2 _____ 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 € 12,00 (dodici/00)** a mezzo:
 - bonifico bancario presso Banca Intesa San Paolo S.p.A. 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 _____

– Residenza: (Via/Piazza) _____

– Città _____ CAP _____ Prov. _____

– Recapito telefonico _____ cell. _____

– Codice Fiscale _____

– Posta elettronica/**e-mail** _____

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

DATI RELATIVI AL CONIUGE DEFUNTO
Data di Arruolamento _____
Data di Quiescenza _____
Data di decesso _____
Arma di appartenenza _____

Luogo e data _____

Il/ La Richiedente _____

¹ Grado rivestito negli OO.I.S.

² Cognome e Nome del coniuge