

**ALL'ASSOCIAZIONE PENSIONATI
CONSISTENZA ORGANICA DELLA
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
Aggregato”**.

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 Euro 30,00 (trenta/00)** a favore dell'Associazione Pensionati C.O. della P.C.M. a mezzo:
- bonifico bancario presso Banca Prossima Filiale di Roma, Piazza della Libertà 13
IBAN: IT49F0335901600100000144465 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) _____
 - CAP _____ Città _____ 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
