

ALL'ASSOCIAZIONE PENSIONATI C.O. DELLA
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Via di San Vito, 17 - 00185 - ROMA
Tel./Fax 06-4467999

Il/La sottoscritt__, vedov__ del ⁽¹⁾_____ ⁽²⁾_____ chiede di aderire a codesta Associazione in qualità di **"Socio Ordinario"**.

A tal fine:

- a. si impegna ad osservare integralmente e lealmente le norme stabilite dallo Statuto Sociale;
- b. autorizza la **trattenuta mensile di Euro 1,00 (uno)** sulle competenze del proprio trattamento pensionistico; **OVVERO, (vedove INPS) pagheia' e.12,00** quale quota associativa annuale;
- c. 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 31 dic. 96 nr. 675):
(riservato alla Vedova)

Cognome e Nome _____;

Luogo e data di nascita _____;

Residenza : (Via/ Piazza) _____;

(CAP, Città, Prov.) _____;

Recapito telefonico : _____ cell. _____;

Codice Fiscale _____;

Posta elettronica/ **e-mail** _____.

- d. allega nr. 2 fotografie, formato tessera, per il rilascio della tessera sociale.

(riservato al Defunto)

Data di Arruolamento _____

Data di Quiescenza _____ Data Decesso _____

Arme di appartenenza _____

(Luogo e data)

Il/La richiedente

(1) Grado rivestito negli OO.I.S.

(2) Cognome e Nome del Cogniuge