

**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. si impegna ad osservare integralmente e lealmente le norme stabilite dallo Statuto Sociale;

b. 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”;
- conto corrente postale n. 001042851376 intestato a Associazione Pensionati C.O. P.C.M. via di S. Vito 17 00185 Roma;

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 30 giugno 2003, nr. 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:** _____

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

(Luogo e data) _____

Il/La richiedente
