

**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) autorizza la **trattenuta mensile di Euro 1,00 (uno) sulle** competenze del proprio trattamento pensionistico; OVVERO, (vedove INPS) pagherà € 12,00 quale quota associativa annuale;
- 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