

**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 _____, 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 5,00 (cinque)** sulle competenze del proprio trattamento pensionistico;
- 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 _____

– Via/ Piazza _____

– Città _____ CAP _____ 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 _____