



**ASSOCIAZIONE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE LEGALI
E FORENSI**

Scrivere in stampatello maiuscolo leggibile

Cognome :

Nome :

nato/a il/...../.....a Prov.(.....)

residenza : CAP(.....)

eventuale domicilio:

cittadinanza:

telefono:

indirizzo di Posta Elettronica:

Indirizzo PEC:

titolo/i di Studio:

Partita IVA:

Collegio professionale di appartenenza:

Già associato APSILEF: SI (associato dall'anno)

NO

Codice Fiscale																			
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il richiedente dichiara di aver letto attentamente lo Statuto di APSILEF e di accettarne integralmente le norme in esso contenute qualora la presente domanda venisse favorevolmente accolta. Autorizza inoltre l'Associazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e alla pubblicazione dei principali dati (cognome, nome, qualifica, specialità, numero di tessera) negli elenchi che saranno portati a conoscenza dei terzi attraverso i canali di comunicazione dell'Associazione così come previsto dallo Statuto e dalle norme di legge in vigore. Gli interessati potranno richiedere ai sensi dell'art. 13 legge 675/1996 l'accesso, correzione, cancellazione dei propri dati. Dichiara inoltre di NON aver riportato condanne penali o di non avere procedimenti penali pendenti ovvero di avere le seguenti condanne penali e/o penali pendenti:_____

Luogo e data **FIRMA**

Spedire la RICHIESTA DI AMMISSIONE compilata in tutte le sue parti, allegando Curriculum Vitae e attestato di Master attinente al ramo sanitario legale – forense, SOLO in formato PDF al seguente indirizzo: presidente@apsilef.it

Valuteremo in breve tempo i requisiti ed in caso di accettazione provvederà al versamento della quota associativa di € 30,00 sul C.C. Postale con IBAN: IT95I0760112200001032584821