



**ASSOCIAZIONE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE  
LEGALI E FORENSI**

*Scrivere in stampatello maiuscolo leggibile*

Cognome		Nome	
---------	--	------	--

Data di nascita		Luogo di nascita	
-----------------	--	------------------	--

Via/Piazza	
------------	--

Città		CAP		Prov.	
-------	--	-----	--	-------	--

Titolo di studio		Professione	
------------------	--	-------------	--

E-mail		Recapito Telefonico	
--------	--	---------------------	--

Già associato APSILEF: SI  (associato dall'anno ..... ) NO

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

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 si informa che tutti i dati raccolti con la presente scheda saranno utilizzati, anche con modalità informatizzata, per l'invio di eventuali iniziative esclusivamente da APSILEF. Gli interessati possono richiedere ai sensi dell'art. 13 legge 675/1996 l'accesso, correzione, cancellazione dei propri dati.

Con la compilazione del presente modulo, il firmatario esprime il consenso al trattamento dei propri dati, inoltre si impegna a rispettare quanto espressamente previsto dalle norme che regolamentano l'associazione.

Dichiara di NON aver riportato condanne penali o di non avere procedimenti penali pendenti.

Luogo e data ..... FIRMA .....

**Spedire la RICHIESTA DI AMMISSIONE compilata in tutte le sue parti, SOLO in formato PDF al seguente indirizzo: [consiglio@apsilef.it](mailto:consiglio@apsilef.it)**

**Valuteremo in breve tempo la richiesta ed in caso di accettazione provvederà al versamento della quota associativa di € 20,00 sul C.C. Postale con IBAN: IT9510760112200001032584821**

sede legale: Via De' Ronconi, 4 45011 Adria (RO)

Cell. 371-1390104

Codice fiscale: 90018120296

[www.apsilef.it](http://www.apsilef.it) [info@apsilef.it](mailto:info@apsilef.it)