



ASSOCIAZIONE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE LEGALI E FORENSI

MODELLO A – DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI PATROCINIO APSILEF

Il/La sottoscritto/a
nato/a (Prov.)..... il
residente a (Prov.).....
in via/piazza n. C.A.P.
tel. fax e-mail
Codice fiscale |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|
in qualità di rappresentante legale/altro
della società/ente/associazione
con sede in via/piazza
P.IVA / codice fiscale.....

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in relazione alla richiesta di patrocinio indirizzata ad APSILEF, di cui la presente dichiarazione costituisce parte integrante, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

di essere informato ai sensi dell'art. 13 del DLgs. 196/2003 che i dati personali, anche sensibili, volontariamente forniti e necessari per la concessione del patrocinio di APSILEF, saranno trattati, anche con strumenti informatici, soltanto per il procedimento per il quale è resa questa dichiarazione. Il Responsabile del trattamento dei dati è APSILEF.

Luogo e data,

Firma per esteso leggibile e timbro

NOTE: la presente dichiarazione sostitutiva di certificazioni deve essere sottoscritta e corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000.

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

Cell. 371-1390104

Codice fiscale: 90018120296

www.apsilef.it info@apsilef.it pec: apsilef@pec.it