RICHIESTA AMMISSIONE – SOCIO ORDINARIO

ASSOCIAZIONE PROFESSIONI SANITARIE ITALIANE LEGALI E FORENSI

Scrivere in stampatello maiuscolo leggibile

Cognome: ……

Nome: ……

Nato/a il ……/……/……..a …… Prov.(……)

Indirizzo: …… CAP ……(……)

Eventuale domicilio: ……

Cittadinanza: ……

Telefono: ……

Indirizzo di Posta Elettronica: ……

Indirizzo PEC: ……

Titolo/i di Studio: ……

Partita IVA: ……

Ordine 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 Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati-GDPR) 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. 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

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