



MODULO ADESIONE - SOCIO SOSTENITORE

**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: SÌ (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, SOLO in formato PDF al seguente indirizzo: 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 info@apsilef.it [pec: apsilef@pec.it](mailto:pec@apsilef.it)