



**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)
codice fiscale: 90018120296
cell.: 3711390104
pec: apsilef@pec.it – e-mail: info@apsilef.it
sito web: www.apsilef.it**