



**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/piazzan. 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 del Regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati-GDPR) 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 Trento 2/D, 45011 Adria (RO)
Codice Fiscale: 90018120296
cell.: 3457740081
pec: apsilef@pec.it – e-mail: info@apsilef.it
sito web: www.apsilef.it

AP_Mod_3.10
Rev 2 2/2023