A.I.R.O.P.

Provider ECM n° 208

SQ-G.1-SIA rev "5" del 16-06-18
Scheda Iscrizione A.I.R.O.P

N°

Foto

Data:_____ **ISCRIZIONE A.I.R.O.P. ANNO 20____**

Cognome e nome: _____

Nato/a a: _____ **Prov:**_____ **In data:** _____

Cellulare: _____ **E-Mail:**_____

Indirizzo Fiscale:

Ragione Sociale: _____ **P.IVA:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

C.F.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Tel. fisso :** _____

Via: _____ **Comune:**_____ **Prov.:**_____ **C.A.P.:** _____

Indirizzo abitazione:

Via: _____ **Comune:**_____ **Prov.:**_____ **C.A.P.:** _____

Ai sensi della Legge (Artt. 2,4 e 20 della Legge 4 gennaio del 1968, come modificata dalle leggi 15/5/1977, n. 127 e 16 giugno del 1998, n. 198 e DPR del 20 ottobre del 1998, n. 403, fatte salve le norme di cui ai commi 2 e 3 dell'art. 11 del D. Leg. del luglio 1992, n. 358), si riporta quanto segue: Dichiaro sotto la mia Responsabilità, di essere in possesso dei seguenti Titoli di Studio e di Abilitazione Professionale, di cui fornirò adeguata documentazione, se richiesto dalla Segreteria:

Titolo 1: _____ **Istituto:** _____ **Anno:**_____

Titolo 2: _____ **Istituto:** _____ **Anno:**_____

Titolo 3: _____ **Istituto:** _____ **Anno:**_____

Nuovo Associato Anno: _____ Associato dall'anno: _____

Associato: ☐ Fondatore ☐ Ordinario ☐ Onorario ☐ Studente

Quote: 100,00€ (☐ Associato / Studente EDUCAM) - **190,00€** (☐ Studente CROMON) - **70,00 €** (☐ Docente EDUCAM)

Da saldare entro il 31 gennaio. Prevista mora di 40,00 € per ritardato pagamento.

Dichiaro di aver letto ed approvato lo Statuto dell'A.I.R.O.P. nel sito web www.airop.it

Firma leggibile _____

Informativa per il trattamento dei dati personali:

A.I.R.O.P. con Sede Legale in Via Aurelia, 386 00165 Roma e Sede Operativa in Via Giacinto De Vecchi Pieralice, 21 00167, CF e P.IVA 07365191001, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, la informa ai sensi della normativa vigente in materia di Privacy, che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e le finalità descritte sul Sito Web www.airop.it che lei dichiara di aver letto e accettato.

Firma leggibile _____

N.B. Il pagamento della Quota Associativa annuale da diritto di partecipare a tutte le Assemblee e alle Riunioni riservate ai Soci A.I.R.O.P. nell'anno di validità (dal 1 gennaio al 31 dicembre). L'associato potrà usufruire di agevolazioni per la partecipazione ai Corsi e Congressi ed iniziative culturali dell'A.I.R.O.P.

Non scrivere nella zona sottostante

Firma Delegato del Consiglio Direttivo A.I.R.O.P. _____