

ASSOCIAZIONE IMPIEGATI IN QUIESCENZA  
DELLA REGIONE SICILIANA  
VIA SIRACUSA n. 10  
90141 PALERMO

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ domiciliato in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.: ab. \_\_\_\_\_ tel.uff. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_

pensionato

in servizio presso \_\_\_\_\_

Indirizzo recapito Notiziario \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ Amministrazione di appartenenza \_\_\_\_\_

ai sensi dell' articolo 2 dello Statuto Sociale, di cui ha preso visione, chiede di essere ammesso a fare parte di Codesta Associazione.

In conseguenza, il sottoscritto autorizza il Fondo Pensioni (per il personale in quiescenza) o l'Assessorato di competenza (per il personale in servizio) a trattenere sulle proprie competenze mensili l'importo di EURO \_\_\_\_\_ (EURO \_\_\_\_\_) quale quota sociale, a decorrere dal \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, per gli usi di Codesta Associazione, dichiara, sotto la sua personale responsabilità, che il proprio nucleo Familiare si compone come appresso:

N.	COGNOME E NOME	SESSO	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO PARENT	A CARICO	
					SI	NO

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_