

MODULO DI ADESIONE A.N.CO.P.

“Consulente Previdenziale”

SOCIO SOSTENITORE NON ESERCENTE

(Si prega di scrivere in stampatello)

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Titolo di studio _____

Professione _____

avente sede in _____ provincia _____ alla

via _____ n° _____ CAP _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

chiede

osservando le norme statuarie, l'iscrizione alla A.N.CO.P. ed effettua il versamento della quota di adesione annuale, ai sensi delle delibere statutarie, Pari ad Euro 150,00 tramite bonifico bancario alle seguenti coordinate:

IBAN: **IT61Q0623005038000043884491**

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Copia del documento di identità in corso di validità (fronte/retro);
- Copia del codice fiscale in corso di validità (fronte/retro);
- Copia contabile del versamento della quota associativa;
- Per le persone giuridiche, copia della visura camerale e dello statuto, unitamente a copia del documento di riconoscimento e codice fiscale del legale rappresentante, in corso di validità

A.N.CO.P. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE CONSULENTI PREVIDENZIALI

Segreteria Nazionale: Via Egerio Levio, 18 – 00174 Roma - Tel. 06 33976230

Mail: segreteria@ancopnazionale.it Sito: www.ancopnazionale.it

La richiesta di adesione sarà valutata solo ed esclusivamente nel caso in cui il richiedente abbia fornito tutta la documentazione indicata all'interno del presente modulo, che va restituito sottoscritto e completo in ogni dato richiesto.

L'apposita commissione di valutazione, istituita presso il Consiglio Direttivo, valuterà le richieste e approverà l'iscrizione del candidato entro 5 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria.

Contro il parere negativo del Consiglio Direttivo è ammesso ricorso, entro 30 giorni, all'Assemblea dei Soci, presentando apposita istanza scritta agli indirizzi istituzionali accessibili sul sito web dell'A.N.CO.P.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Consente, ai sensi del GDPR 679/2016, il "Trattamento" dei propri dati personali per le finalità previste dallo Statuto dell'Organizzazione e dai regolamenti interni.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

A.N.CO.P. - ASSOCIAZIONE NAZIONALE CONSULENTI PREVIDENZIALI

Segreteria Nazionale: Via Egerio Levio, 18 – 00174 Roma - Tel. 06 33976230

Mail: segreteria@ancopnazionale.it Sito: www.ancopnazionale.it

