



DOMANDA DI ISCRIZIONE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:.....
NATO AIL.....:.....
COD. FISCALE:
ISCRITTO ALL'ALBO DEGLI AVVOCATI DI
DAL..... N. TESSERA.....(SI ALLEGA COPIA).
CON STUDIO IN VIA.....
CITTA'.....PROV..... CAP.....
TEL.....FAX..... CELL.....
E-MAIL.....PEC.....

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Associazione AVVOCATI PER I MINORENNI BARI-TRANI.
Ai fini dell'iscrizione dichiara di esercitare la professione forense e di non aver mai riportato sanzioni disciplinari, nonché dichiara:

- 1) di aver preso visione e di accettare le norme statutarie dell'associazione;
- 2) di aderire ai principi espressi dal codice etico dell'U.N.C.M.;
- 3) di impegnarsi, a seguito dell'iscrizione, a versare la quota associativa per l'anno pari ad €50,00 (IBAN: IT78N0306904013100000063892);
- 4) di acconsentire ed autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi del d.les. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e succ. mod..

Bari/Trani, (firma del richiedente).....

Firma di due membri effettivi dell'Associazione
.....

Con la sottoscrizione del presente modulo

Presta il consenso non presta il consenso
alla pubblicazione dei propri dati, come innanzi indicati, nella sezione Soci del sito
"Avvocatiperiminorennibaritrani.it".

Bari/Trani, (firma del richiedente).....