

Associazione degli ex Parlamentari della Repubblica

TEL. 06/67603170 – 67603139 - FAX 06/67603178

Email: ass_ex_parlamentari@camera.it

www.ilparlamento.eu

L'on. _____

Nato a _____ il _____

Chiede di far parte dell'Associazione degli ex Parlamentari della Repubblica

È residente _____ CAP _____

Via _____ Tel. _____

Cell. _____ Email _____

Legislature – cariche governative ricoperte _____

Gruppo parlamentare di appartenenza _____

Collegio elettorale _____

Titolo o qualifica professionale _____

Incarichi attuali (politici, professionali, pubblici) _____

È esperto in _____

Dichiara di non avere in corso a proprio carico procedimenti giudiziari di carattere penale

Firma _____

Data _____

n.b.: Si prega di compilare in stampatello o a macchina il seguente questionario

.....
Autorizzo la Tesoreria della Camera dei Deputati / il Servizio per le Competenze dei Parlamentari del Senato della Repubblica a trattenere € 20,49 mensili sul mio vitalizio ed a versarli all'Associazione degli ex Parlamentari della Repubblica.

Firma

Data

N.B.: Coloro che non usufruiscono dell'assegno vitalizio possono versare la quota mensile sul c/c postale n. 83594002 intestato all'Associazione degli ex parlamentari della Repubblica – Palazzo Valdina – 00186 Roma oppure tramite bonifico bancario (IBAN IT 40H 03069 05142 1000000 17006)