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 condividere il valore dell'Associazione e i principi espressi nello Statuto
di non avere in corso a proprio carico procedimenti giudiziari di carattere penale

Firma _____

Data _____

……

Io sottoscritto _____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 e, nel caso di mancato assegno vitalizio, autorizzo la Banca presso la quale è aperto il mio c/c ad accreditare la quota mensile (pari a 10 euro mensili per il primo anno di iscrizione e a 20,49 euro mensili per gli anni successivi) sul seguente IBAN: IT 40H 03069 05142 1000000 17006 intestato all'Associazione degli ex parlamentari della Repubblica - Palazzo ex Banco di Napoli - Via del Parlamento, 2 00186 Roma

Firma ……Data ……