

Spett.le Consiglio Direttivo
 ASSOAFOP Associazione degli Organismi Formativi Accreditati per la Formazione Professionale
 70124 BARI - Via Giovanni Paolo I n°10/H (c/o COID)
 Cod. Fisc. 93475210725
 Email: assoafop@gmail.com - PEC: assoafop@pec.it - tel. 366 2061865 - 338 6374170

OGGETTO: RICHIESTA DI ADESIONE ALL'ASSOCIAZIONE ASSOAFOP

Il/La sottoscritto/a							
Nato/a a		il		C.F.			
Residente in Via/Corso/Piazza							n°
Comune		PROV		CAP			
Telefono		Cellulare					
email				PEC			
<i>in qualità di Legale Rappresentante dell'Organismo/Ente di Formazione Professionale</i>							
denominazione				Cod. accreditamento			
con sede legale in Via/Corso/Piazza							n°
Comune		PROV		CAP			
Telefono		Cellulare					
email				PEC			
C.F.		P.IVA					

CHIEDE

allo Spett.le Consiglio Direttivo ASSOAFOP di essere ammesso quale socio dell'Associazione condividendone le finalità istituzionali. Il sottoscritto si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi associativi validamente costituiti. A tale scopo dichiara di aver preso visione dello Statuto associativo sul sito www.assoafop.org e di accettarlo integralmente.

Allega la "Scheda anagrafica" e individua come sistema di comunicazione: e- mail all'indirizzo sopra indicato.

Luogo e data _____ Firma _____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 e Regolamento UE 2016/679 GDPR, consento al loro trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data _____

Firma _____

(da restituire compilata anche in formato doc.)

SCHEDA ANAGRAFICA ORGANISMO		
Denominazione		
Forma giuridica		
Sede Legale		
Sedi Operative (accreditate) <i>(per ognuna CAP - Comune - Prov - Via - n°civ)</i>	1)	
	2)	
	3)	
	4)	
	5)	
	..)	
Cod. Fisc. / Partita IVA	/	
Codice Accreditamento	☐ Formazione Professionale _____ ☐ Agenzia per il Lavoro _____	
esperienza <i>(indicare anteponendo una "X")</i>	☐ Formazione ☐ leFP-IFTS ☐ ITS ☐ Alta Formazione ☐ Agenzia per il Lavoro	
Telefono /Fax	/	
EMail /PEC	/	
Sito internet		
Iscrizione C.C.I.A.A.		cod. ATECO:
Legale Rappresentante	Cognome e nome	
	Luogo e data di nascita	
	Codice Fiscale	
	cellulare	
Direttore	Cognome e nome	
	Luogo e data di nascita	
	Codice Fiscale	
	cellulare	
Certificazioni (eventuali)		
Organico	Dipendenti a tempo indeterminato n°	
	Dipendenti a tempo determinato n°	
	Collaboratori fissi n°	
Referente/i Assoafop e cellulare/i per gruppo whatsapp		

Firma _____

QUOTA ASSOCIATIVA (da versare dopo la comunicazione ASSOAFOP di accettazione della richiesta di adesione):

intestatario c/c ASSOCIAZIONE DEGLI ORGANISMI FORMATIVI ACCREDITATI PER LA FORMAZ

ISTITUTO DI CREDITO INTESA filiale di LECCE

IMPORTO € **100,00**

IBAN **IT03B0306909606100000410863**

BIC/SWIFT BCITITMM

causale **QUOTA ASSOCIATIVA ASSOAFOP anno_____**