

OGGETTO: Iscrizione A.I.P.E.D.

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (**Cognome**).....(**Nome**).....

..... C.F. nato/a

..... ilresidente a

..... provincia () via

.....n°..... Tel..... Fax..... cell. indirizzo

e-mail, in possesso di Diploma/Laurea in

.....(indicare il tipo di laurea):

triennale **quadriennale** **quinquennale**) conseguita il presso

..... di.....

professione,

chiede di essere iscritto/a all'Associazione **A.I.P.E.D.** in qualità di

Lo stesso dichiara di aver preso visione e di condividere integralmente lo Statuto, i Regolamenti Nazionali ed il Codice Deontologico e di Condotta dell'**AIPED**.

A tal fine si allegano:

- Copia della Laurea/Diploma
- Bonifico/versamento quota di iscrizione € 50,00 (laurea – socio ordinario)
- Bonifico/versamento quota di iscrizione € 40,00 (diploma/altre lauree – socio sostenitore)
- Copia del Diploma di Specializzazione o altri titoli
- Copia documento di identità e codice fiscale
- Altro _____

AIPED – Associazione Italiana Pedagogisti

Via Rolando Lanari, 5 – 92100 Agrigento

Coord. Bancarie : **Banca Sella - IBAN IT 62B0326816600052602667350**

_____ lì _____

Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui **art. 13 del GDPR 2016/679**, nonché di avere avuto conoscenza che i dati da me conferiti hanno anche natura di dati sensibili, quindi acconsento al trattamento dei miei dati per le finalità e con le modalità indicate nella informativa stessa.