ente di previdenza ed assistenza pluricategoriale DEGLI ATTUARI, DEI CHIMICI, DEI DOTTORI AGRONOMI E DOTTORI FORESTALI, DEI GEOLOGI

MODULO AGGIORNAMENTO ANAGRAFICA (Mod. 1/A)

Quadro A)

Cognome: _____

Nome: _____

Nato/a a: _____ Prov. ____

Il ____ / ____ / _____ Sesso: ☐ M ☐ F Nazionalità: _____

Residenza: _____ _____ n° _____

Comune: _____ Prov. ____ CAP _____

Stato civile dell'iscritto: ☐ Celibe/nubile ☐ Coniugato/a ☐ Vedovo/a ☐ Separato/a

Data di nascita del coniuge: ____ / ____ / _____

Numero di figli ____ di cui: minorenni: ____ studenti di età non superiore ai 26 anni: ____

Domicilio fiscale: _____ n° _____

Comune: _____ Prov. ____ CAP _____

Recapito telefonico: Prefisso: _____ / Numero: _____

Recapito Fax: Prefisso: _____ / Numero: _____

Indirizzo e-mail: _____

Iscritto all'Ordine Professionale dei ☐ Dottori Agronomi e Dottori Forestali ☐ Attuari ☐ Chimici ☐ Geologi

Numero di iscrizione all'Albo: _____ - Anno di iscrizione: _____

Ordine periferico di appartenenza: _____

Specializzazione professionale: _____

Altre specializzazioni: _____

_____

Codice fiscale: _____

P. IVA: _____ Data apertura: ____ / ____ / _____

Codice attività personale: ____.____. ____ Data chiusura: ____ / ____ / _____

1) Codice fiscale dello studio associato: _____

P. IVA dello studio associato: _____

Codice attività dello studio associato: ____.____. ____

Quadro B) può essere barrata anche più di una casella

☐ Libero professionista individuale
☐ Libero professionista associato
☐ Collaborazione coordinata continuativa.
☐ Professionista occasionale
☐ Dipendente
Altro: ____ _____

Quadro C) può essere barrata anche più di una casella

- ☐ Iscritto/a a forme di previdenza obbligatoria non categoriali
- ☐ Iscritto/a ad altre forme di previdenza obbligatorie di categoria professionale (In quest'ultima eventualità specificare l'Ente/i previdenziale/i)

  ____

  ____
- ☐ Percettore di trattamento pensionistico a carico di forme di previdenza obbligatoria

Quadro D) Indirizzo a cui inviare la corrispondenza

Destinatario: ____

Indirizzo: ______________________________ n° ________

Comune: ______________________________ Prov. ____ CAP ________

Recapito telefonico: Prefisso: ______ / Numero: ______________

Recapito Fax: Prefisso: ______ / Numero: ______________

Indirizzo e-mail: ______________________________

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Preso atto dell'informativa che mi è stata consegnata ai sensi, del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini statistici ed istituzionali e non costituiscano oggetto di divulgazione se non per comunicazioni alle Autorità competenti.

______________________ ______________________

Data Firma

______________________ ______________________

Data Firma

Nota: per le istruzioni fare riferimento al modulo 1.

Il presente modulo deve essere inviato al seguente indirizzo:

EPAP - Via Vicenza 7 - 00185 ROMA

Allegato: copia fotostatica del documento di identità valido