Spett.le
Ente di Previdenza ed Assistenza Pluricategoriale
Via Vicenza, 7
00185 – ROMA

OGGETTO: comunicazione modalità di accredito delle somme dovute dall’EPAP**.**

Il/La sottoscritto/a
NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
COGNOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CODICE FISCALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
DATA DI NASCITA: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
COMUNE DI NASCITA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
DOMICILIO FISCALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CITTA’: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CAP |__|__|__|__|__| PROV. |__|__|
ORDINE PROFESSIONALE DI APPARTENENZA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

Che , se nel diritto, l’importo spettante sia:

☐ accreditato su conto corrente bancario (o postale), con il seguente codice IBAN:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(codice di 27 caratteri alfanumerici desumibile dall’estratto conto bancario o presso la propria Banca)

Intestato a : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Intrattenuto presso: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Agenzia n. |__|__|__| di |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prov. |__|__|

Via |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ corrisposto mediante bonifico domiciliato presso qualsiasi ufficio postale.
(per il ritiro delle somme spettanti è necessario recarsi presso un qualsiasi ufficio postale muniti di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale entro il termine comunicato dai nostri Uffici).

Luogo ____________________ Data ____________________ Firma ______________________________

(Qualora la firma non sia apposta dinnanzi all’impiegato addetto, **allegare copia di un documento di identità valido**)

Il/La dichiarante rende tutte le dichiarazioni – contenute nella presente istanza – ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1 e 2 del D.P.R. 403/98 e con le responsabilità di cui alla Legge 04.01.1968, n. 15, consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni risultanti non veritiere (art. 26 Legge n. 15/68 e art. 11 D.P.R. n. 403/98).

Firma ______________________________