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

E.P.A.P. Ente di Previdenza e Assistenza Pluricategoriale
Via Vicenza, 7 - 00185 Roma
Tel: 06 69.64.51 - Fax: 06 69.64.555
E-mail: info@epap.it - Sito web: www.epap.it
Codice fiscale: 97149120582

MODULO DI ISCRIZIONE – REGISTRAZIONE (Mod. 1/R)

Quadro A)

Cognome (*) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nome (*) |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nato/a a (*): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Prov.: |_|_|

Il (*): |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Sesso: ☐ M ☐ F Nazionalità: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residenza (*): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°: |_|_|_|_|

Comune (*): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Prov.: |_|_| CAP: |_|_|_|_|_|

Domicilio fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°: |_|_|_|_|

Comune: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Prov.: |_|_| CAP: |_|_|_|_|_|

Recapito telefonico: |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_| Recapito fax: |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cellulare: |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo email: ______________________________

Indirizzo email certificata (PEC): ______________________________

Iscritto all'Ordine professionale dei (*): ☐ Dottori Agronomi e Dottori Forestali ☐ Attuari ☐ Chimici ☐ Geologi

Numero di iscrizione all'Albo (*): |_|_|_|_|_| Data di Iscrizione all'Albo (*): |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Ordine territoriale di appartenenza (*): |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Fiscale: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice attività personale: |_|_| |_|_| |_|_|

P. IVA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di apertura P.IVA: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Data di chiusura P.IVA: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Codice Fiscale studio ass.to: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice attività studio ass.to: |_|_| |_|_| |_|_|

P. IVA studio associato: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data di apertura P.IVA: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Data di chiusura P.IVA: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

(*) i campi contrassegnati con l'asterisco sono OBBLIGATORI

Quadro B) *Indirizzo a cui inviare la corrispondenza*

Destinatario: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| N°: |_|_|_|_|

Comune |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Prov.: |_|_| CAP: |_|_|_|_|_|

Recapito telefonico: |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_| Recapito fax: |_|_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cellulare: |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|_|

Indirizzo email: ______________________________

Indirizzo email certificata (PEC): ______________________________

N.B. Se non compilato la corrispondenza sarà inviata al domicilio fiscale

Quadro C) *Può essere barrata anche più di una casella*

- ☐ Libero professionista individuale
- ☐ Libero professionista associato
- ☐ Collaboratore coordinato e continuativo
- ☐ Professionista occasionale
- ☐ Dipendente

Altro: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Quadro D) *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 E) *Da compilare in caso di iscrivibilità*

Il sottoscritto dichiara che i requisiti per l'iscrizione/registrazione all'EPAP sono sorti in data (*) |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| e quindi chiede:

- ☐ di essere iscritto a codesto Ente con effetto dalla data sopra indicata.
- ☐ di essere registrato a codesto Ente, avendo compiuto il sessantacinquesimo anno di età, impegnandosi comunque al versamento del contributo integrativo del 2% all'Ente.
- ☐ di esercitare l'opzione di non iscriversi all'EPAP in quanto iscritto al seguente Ente di previdenza obbligatorio di categoria:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data ______________________ Firma (*) ____

(*) i campi contrassegnati con l'asterisco sono OBBLIGATORI

Quadro F) *Coperture Assicurative*

L'EPAP assicura gratuitamente tutti gli iscritti attivi in regola per la garanzia A (grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi) dell'assicurazione sanitaria integrativa EMAPI (vedi sito dell'Ente) e tutti gli iscritti attivi in regola e con meno di 70 anni per la copertura assicurativa L.T.C. (polizza convenzione per non autosufficienza) dell'EMAPI. E' facoltà dell'iscritto rinunciare a tale diritto.

☐ RINUNCIO all'adesione alla polizza associativa EMAPI ☐ RINUNCIO all'adesione alla copertura assicurativa L.T.C. (Long Term Care)

Data ______________________ Firma ____

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 (*) ____

(*) i campi contrassegnati con l'asterisco sono OBBLIGATORI

Allegare copia fotostatica del documento di identità valido.