Mod. RICONG.

Spett.le
EPAP
Ente di Previdenza e di
Assistenza Pluricategoriale
Via Vicenza, 7
00185 – Roma

RACCOMANDATA A/R

OGGETTO: **domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi per i liberi professionisti, Legge 5 marzo 1990, n. 45.**

Il/La sottoscritto/a

NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COGNOME: | __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CODICE FISCALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DATA DI NASCITA: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| COMUNE DI NASCITA : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DOMICILIO FISCALE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CITTA': |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CAP |__|__|__|__|__| ROV. |__|__|

ALBO DI APPARTENENZA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 1 della legge 5 marzo 1990, n. 45, la ricongiunzione presso l'Ente di Previdenza ed Assistenza Pluricategoriale di <u>TUTTI</u> i periodi di contribuzione obbligatoria e figurativa giacenti presso le seguenti gestioni previdenziali:

dal	al	Gestione Assicurativa	Provincia

Luogo ____________________ Data ____________________ Firma ______________________________

(Qualora la firma non sia apposta dinnanzi all'impiegato addetto, **allegare copia del documento di identità**.)

Ai sensi del Testo Unico n. 196/2003 e succ. mod. ed int., si esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini statistici ed istituzionali e non costituiscano oggetto di divulgazione o di diffusione se non per le eventuali comunicazioni alle Autorità competenti.

Luogo ____________________ Data ____________________ Firma ______________________________

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 al T.U. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai 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 ___________________________