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

EPAP MONT.

Spett.le
EPAP
Ente di Previdenza ed
Assistenza Pluricategoriale
Ufficio Prestazioni
Via Vicenza, 7
00185 ROMA

RACCOMANDATA A.R.

Oggetto: **richiesta di restituzione montante contributivo**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa. ……,

nato/a a …….... Prov ……., il ……/……/…….....,

domiciliato/a a ……..Prov……..,

Via ……, n. ……, CAP……,

Iscritto all'Ordine professionale dei:

☐ dottori agronomi e forestali ☐ attuari ☐ chimici ☐ geologi

AVENDO

compiuto il sessantacinquesimo anno di età in data ……/……/…… e avendo cessato l'attività libero professionale o essendosi avvalso della facoltà prevista dall'art. 5 bis c.1, di non versare il contributo soggettivo a partire dal ……/……/……, non avendo, pertanto, maturato le cinque annualità di contribuzione soggettiva, ai sensi dell'art. 17,

CHIEDE

la liquidazione in forma di capitale del montante contributivo.

L'importo relativo dovrà essere accreditato sul c/c bancario (o postale), intestato (o cointestato) all'interessato/a, presso l'istituto di credito ……., con il seguente codice IBAN:

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(codice di 27 caratteri alfanumerici desumibile dall'estratto conto bancario o presso la propria Banca).

……..…… ……..……....

(luogo e data) (firma del dichiarante)