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

EPAP 07/01

Spett.le
EPAP
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 |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 ______________________________________