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

EPAP RISC

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

***RACCOMANDATA A/R***

OGGETTO: **domanda di riscatto di anni di attività professionale precedenti l'istituzione dell'Ente, a partire dall'anno di iscrizione all'Albo professionale.**

Il/La sottoscritto/a

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

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

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

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

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

CITTA': |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| CAP |__|__|__|__|__| PROV. |__|__|

RECAPITO TELEFONICO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ORDINE PROFESSIONALE: ☐ dottori agronomi e dottori forestali, ☐ attuari, ☐ chimici, ☐ geologi

DATA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROFESSIONALE |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

**potendo far valere cinque anni di effettiva iscrizione e contribuzione all'Ente**

**CHIEDE**

*ai sensi e per gli effetti dell'art. 22 del Regolamento dell'EPAP*

di avvalersi, della facoltà di riscatto dei periodi di attività libero professionale svolti precedentemente all'istituzione dell'Ente a partire dall'iscrizione all'Albo ed in particolare per il periodo:

dal |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| al |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|.

---

**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 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)**

Luogo ____________________ Data ______________________ Firma __________ ______________________

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

Ai sensi della Legge 31 dicembre 1996 n. 675 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 comunicazioni alle Autorità competenti.

Firma _____________________________________