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

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

RACCOMANDATA A/R

OGGETTO: **domanda di CONTRIBUZIONE VOLONTARIA**

Il/La sottoscritto/a

NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|MATR.|__|__|__|__|__|__|__|

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

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

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

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

INDIRIZZO EMAIL : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Avendo cessato l'attività professionale il |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

CHIEDE
ai sensi e per gli effetti dell'art. 20 del Regolamento dell'EPAP
di CONTRIBUIRE A TITOLO VOLONTARIO

a far data dal |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|[1]

A tal proposito **DICHIARA** di essere tuttora iscritto all'Albo professionale.

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 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 comunicazioni alle Autorità competenti.

Firma ____

[1] Indicare la data successiva alla cessazione dell'attività libero professionale