

## MODULO DI PRESCRIZIONE PER I FISICI

### Quadro A)

*Nome*:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
*Cognome*:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
*Nato/a a*:	<input style="width: 75%;" type="text"/>	Prov.:	<input style="width: 15%;" type="text"/>
*il*:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	*Sesso*:	<input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> F - Nazionalità: <input style="width: 50%;" type="text"/>
Residenza*:	<input style="width: 75%;" type="text"/>	N°:	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Comune*:	<input style="width: 55%;" type="text"/>	CAP:	<input style="width: 15%;" type="text"/> Prov.: <input style="width: 15%;" type="text"/>
Domicilio Fiscale:	<input style="width: 75%;" type="text"/>	N°:	<input style="width: 15%;" type="text"/>
Comune:	<input style="width: 55%;" type="text"/>	CAP:	<input style="width: 15%;" type="text"/> Prov.: <input style="width: 15%;" type="text"/>
Recapito Telefonico:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Fax:	<input style="width: 20%;" type="text"/> *Cell.*: <input style="width: 30%;" type="text"/>
*Email*:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
*Email certificata (PEC)*:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
<b>Dichiarazione di riconoscimento PEC: "Con la presente si dichiara di autorizzare l'Ente a utilizzare il suindicato indirizzo PEC per tutte le comunicazioni ufficiali che avranno pertanto valore di notifica."</b>			
Data	<input style="width: 100px;" type="text"/>	*Firma*	<input style="width: 800px;" type="text"/>
<b>Iscritto all'ordine professionale dei Chimici e Fisici</b>			
*Numero di iscrizione all'Albo*:	<input style="width: 70px;" type="text"/>	*Data di iscrizione all'Albo*:	<input style="width: 150px;" type="text"/>
*Ordine Territoriale di Appartenenza*:	<input style="width: 560px;" type="text"/>		
*Codice Fiscale*:	<input style="width: 180px;" type="text"/>	Codice Attività Professionale:	<input style="width: 180px;" type="text"/>
P.IVA:	<input style="width: 180px;" type="text"/>	Data di Apertura:	<input style="width: 100px;" type="text"/> Data di Chiusura: <input style="width: 100px;" type="text"/>
Codice Fiscale Studio Ass.to:	<input style="width: 180px;" type="text"/>	Codice Attività Professionale:	<input style="width: 180px;" type="text"/>
P.IVA studio associato:	<input style="width: 180px;" type="text"/>	Data di Apertura:	<input style="width: 100px;" type="text"/> Data di Chiusura: <input style="width: 100px;" type="text"/>

(\*) i CAMPI contrassegnati con l'asterisco sono **OBBLIGATORI**

### Quadro B)

*Può essere barrata anche più di una casella*

<input type="checkbox"/>	Libero professionista individuale
<input type="checkbox"/>	Libero professionista associato
<input type="checkbox"/>	Socio di Società Tra Professionisti
<input type="checkbox"/>	Socio di Società Di Professionisti
<input type="checkbox"/>	Socio di Società di Ingegneria
<input type="checkbox"/>	Collaboratore Coordinato e Continutivo
<input type="checkbox"/>	Professionista occasionale
<input type="checkbox"/>	Dipendente
Altro:	<input style="width: 780px;" type="text"/>

**Quadro C)***Può essere barrata anche più di una casella*

Iscritto/a a forme di previdenza obbligatoria non categoriali:  INPS;  Gestione Separata INPS

Iscritto/a ad altre forme di previdenza obbligatorie di categoria professionale (*in quest'ultima eventualità specificare l'Ente/i Previdenziale/i*)

Percettore di trattamento pensionistico a carico di forme di previdenza obbligatoria

**Quadro D)**

\*Il/la sottoscritto/a dichiara che i requisiti per l'iscrizione all'EPAP sono sorti in data\*:  e quindi chiede:

di **essere ISCRITTO** a codesto ente con effetto dalla data sopra indicata

Data  \*Firma\* \_\_\_\_\_

(\*) i **CAMPI** contrassegnati con l'asterisco sono **OBBLIGATORI****Quadro E)***Coperture Assicurative – EMAPI*

L'EPAP assicura gratuitamente tutti gli iscritti attivi in regola per la garanzia A (grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi) dell'assicurazione sanitaria integrativa EMAPI (vedi sito dell'Ente) e tutti gli iscritti attivi in regola e con meno di 70 anni per la copertura assicurativa L.T.C. (polizza convenzione per non autosufficienza) dell'EMAPI. E' facoltà dell'iscritto rinunciare a tale diritto.

RINUNCIO all'adesione alla polizza associativa EMAPI;  RINUNCIO all'adesione alla copertura assicurativa L.T.C. (Long Term Care)

Data  Firma \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Preso atto delle informazioni sul trattamento dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e dell'informativa pubblicata da EPAP sul sito [www.epap.it](http://www.epap.it), SONO CONSAPEVOLE CHE I DATI PERSONALI, anche delle categorie particolari, SONO TRATTATI DA EPAP per fini istituzionali e statistici e non costituiscano oggetto di divulgazione se non per comunicazioni alle Autorità e/o Enti competenti.

Data  \*Firma\* \_\_\_\_\_

(\*) i **CAMPI** contrassegnati con l'asterisco sono **OBBLIGATORI****>> Allegare copia fotostatica del documento di identità valido <<**