

## Domanda di RESTITUZIONE MONTANTE contributivo

Il/la sottoscritto/a

NOME:

COGNOME:

CODICE FISCALE:  DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA:

DOMICILIATO IN VIA:

CITTÀ:  CAP:  PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO:  PEC:

ORDINE PROFESSIONALE:  Dottori Agronomi e dottori Forestali;  Attuari;  Chimici e Fisici;  Geologi

### AVENDO

compiuto il sessantacinquesimo anno di età in data  e avendo cessato l'attività libero professionale a partire dal , non avendo maturato le cinque annualità di contribuzione soggettiva, ai sensi dell'art. 17 del Regolamento dell'EPAP,

### 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 sulle seguenti coordinate IBAN:

IBAN (27 caratteri):

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

### Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)

Io sottoscritto/a

dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy su come EPAP gestisce i dati in conformità al Regolamento UE 2016/679 pubblicata all'interno della sezione "Privacy" sul sito [www.epap.it](http://www.epap.it).

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente (consenso esplicito)