

MODULO DI ISCRIZIONE

Quadro A)

Cognome:	<input type="text"/>		
Nome:	<input type="text"/>		
Nato/a a:	<input type="text"/>	Prov.:	<input type="text"/>
il:	<input type="text"/>	*Sesso*:	<input type="radio"/> M - <input type="radio"/> F - Nazionalità: <input type="text"/>
Residenza:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
Comune:	<input type="text"/>	CAP:	<input type="text"/> Prov.: <input type="text"/>
Domicilio Fiscale:	<input type="text"/>	N°:	<input type="text"/>
Comune:	<input type="text"/>	CAP:	<input type="text"/> Prov.: <input type="text"/>
Recapito Telefonico:	<input type="text"/>	Fax:	<input type="text"/> *Cell.*: <input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>		
Email certificata (PEC):	<input type="text"/>		
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."			
Data	<input type="text"/>	*Firma*	<input type="text"/>
Iscritto all'ordine professionale dei:	<input type="checkbox"/> dott. Agronomi e dott. Forestali; <input type="checkbox"/> Attuari; <input type="checkbox"/> Chimici e Fisici (<input type="radio"/> Chimico; <input type="radio"/> Fisico); <input type="checkbox"/> Geologi		
Numero di iscrizione all'Albo:	<input type="text"/>	*Data di iscrizione all'Albo*:	<input type="text"/>
Ordine Territoriale di Appartenenza:	<input type="text"/>		
Codice Fiscale:	<input type="text"/>	Codice Attività Professionale:	<input type="text"/>
P.IVA:	<input type="text"/>	Data di Apertura:	<input type="text"/> Data di Chiusura: <input type="text"/>
Codice Fiscale Studio Ass.to:	<input type="text"/>	Codice Attività Professionale:	<input type="text"/>
P.IVA studio associato:	<input type="text"/>	Data di Apertura:	<input type="text"/> Data di Chiusura: <input 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 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, 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 <<