

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.

luogo e data

Firma del richiedente (consenso esplicito)