

**DOMANDA DI RICONGIUNZIONE**  
**dei periodi assicurativi per i liberi professionisti**  
*Legge 5 marzo 1990, n. 45*

Il/la sottoscritto/a

NOME:

COGNOME:

CODICE FISCALE:  DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA:

DOMICILIATO IN VIA:

CITTÀ:  CAP:  PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO:  PEC:

Albo di appartenenza:  Dottori Agronomi e dottori Forestali;  Attuari;  Chimici e Fisici;  Geologi

**CHIEDE**

Ai sensi dell'art. 1 della legge 5 marzo 1990, n. 45, la ricongiunzione presso l'Ente di Previdenza ed Assistenza Pluricategoriale di **TUTTI** i periodi di contribuzione obbligatoria e figurativa giacenti presso le seguenti gestioni previdenziali:

DAL	AL	GESTIONE ASSICURATIVA	PROV.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

(Qualora la firma non sia apposta dinanzi all'impiegato addetto, allegare copia del documento di identità)

**Il/La sottoscritto/a dichiarante è consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ha reso le dichiarazioni contenute nella presente istanza ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.**

\_\_\_\_\_

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)