

MODULO DI RICHIESTA DI INTEGRAZIONE ISCRIZIONE ALBO AVVOCATI EPAP

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

CODICE FISCALE: DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA: PROVINCIA:

RESIDENTE IN VIA: N°:

CITTÀ: CAP: PROVINCIA:

CON STUDIO IN VIA*: N°:

CITTÀ: CAP: PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO: PEC:

EMAIL: PARTITA IVA:

DOCUMENTO DI IDENTITÀ: CARTA IDENTITÀ; PATENTE DI GUIDA; PASSAPORTO

N° DOCUMENTO: RILASCIATO DA:

IN DATA:

con riferimento alla domanda d'iscrizione all'Albo Avvocati EPAP presentata in data all'Ente, consapevole delle responsabilità civili e delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, per chi rilascia dichiarazioni mendaci

CHIEDE

ai sensi dell'art. 4, comma 8 del *Disciplinare per il conferimento degli incarichi legali in favore di EPAP*, che la sua posizione venga integrata o aggiornata con le seguenti informazioni:

NOTA: Indicare sinteticamente gli aggiornamenti intervenuti per cui si richiede l'integrazione o l'aggiornamento della posizione personale dell'avvocato richiedente.

Firma digitale

I sottoscritto, ai sensi delle previsioni contenute nel *Disciplinare*, dichiara di autorizzare EPAP – Ente di Previdenza e Assistenza Pluricategoriale al trattamento dei propri dati personali con le modalità e per le finalità di cui all' *Informativa privacy* presente sul sito www.epap.it ed allegata al *Disciplinare*, nonché all'inserimento nell'Albo.

Firma digitale