

MODULO DI ISCRIZIONE

Quadro A)

Cognome:			
Nome:			
Nato/a a:		Prov.:	
il:		*Sesso*: <input type="radio"/> M - <input type="radio"/> F - Nazionalità:	
Residenza:		N°:	
Comune:		CAP:	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* _____		
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 style="width: 80%;" 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 eventuale 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 fornisce le coperture assicurative EMAPI gratuitamente per:

- tutti gli iscritti attivi in regola per la garanzia A che comprende grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi per la copertura A.S.I. (assistenza sanitaria integrativa);
- 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;
- tutti gli iscritti attivi in regola e con meno di 75 anni per la copertura assicurativa T.C.M. (polizza temporanea caso morte).

Maggiori informazioni sul sito EPAP nella sezione "Assistenza". **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)

☐ RINUNCIO all'adesione alla copertura assicurativa T.C.M. (Temporanea Caso Morte);

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**