

MODULO DI ISCRIZIONE

Quadro A)

Cognome:	<input type="text"/>		
Nome:	<input type="text"/>		
Nato/a a :	<input type="text"/>		Prov.: <input type="text"/>
* <u>ll</u> *:	<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"/>
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

- Libero professionista individuale
- Libero professionista associato
- Socio di Società Tra Professionisti
- Socio di Società Di Professionisti
- Socio di Società di Ingegneria
- Collaboratore Coordinato e Continutivo
- Professionista occasionale
- Dipendente

Altro:

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 **CAMPPI** 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 morbosì 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 **CAMPPI** contrassegnati con l'asterisco sono **OBBLIGATORI**