



**Quadro C)**

*Può essere barrata anche più di una casella*

Libero professionista individuale

Libero professionista associato

Collaboratore coordinato e continuativo

Professionista occasionale

Dipendente

Altro: \_\_\_\_\_

**Quadro D)**

*Può essere barrata anche più di una casella*

Iscritto/a a forme di previdenza obbligatoria non categoriali

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 E)**

*Da compilare in caso di iscrivibilità*

Il sottoscritto 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.

di esercitare l'opzione di non iscriversi all'EPAP in quanto iscritto al seguente Ente di previdenza obbligatorio di categoria:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma (\*) \_\_\_\_\_

*(\*) i campi contrassegnati con l'asterisco sono **OBBLIGATORI***

**Quadro F)**

*Coperture Assicurative*

L'EPAP assicura gratuitamente tutti gli iscritti attivi in regola per la garanzia A (grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbos) dell'assicurazione sanitaria integrativa EMAPI (vedi sito dell'Ente) e 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. 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)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: Preso atto dell'informativa che mi è stata consegnata ai sensi, del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini statistici ed istituzionali e non costituiscano oggetto di divulgazione se non per comunicazioni alle Autorità competenti.

Data \_\_\_\_\_ Firma (\*) \_\_\_\_\_

*(\*) i campi contrassegnati con l'asterisco sono **OBBLIGATORI***

**Allegare copia fotostatica del documento di identità valido.**