

RICHIESTA PRESTAZIONI

Voucher Studi professionali

Spett.le EPAR Ente Paritetico CIFA-CONF.S.A.L. Sede operativa: Via Ludovisi,36 -00187 Roma PEC: prestazioni@pec.epar.it

Dati del titolare dello studio professionale

Il sottoscritto Nome	
Cognome	
Cod. Fiscale _ _ _ _ _ _	(allegare fotocopia)
Tipologia Doc.	rilasciato da il
validità	(allegare fotocopia)
residente in	
Via/P.zza	NCAP
Comune	Prov
TEL e-m	ail*
Cell.*	
*campi obbligatori	
	rappresentante dello Studio professionale con sede in
via e n. civ	cod. fisc
matricola INPS*	
	DICHIARA
☐ che sussiste un'anzianità di versamento d	è aderente ad EPAR delle quote di servizio ininterrotta per 6 mensilità <i>ovvero</i> d EPAR – con correlato versamento delle quote di servizio –



CHIEDE

	conoscimen ssionale			Studi			per i	segu	uenti	lavoratori	dello	Studio
1	Nome				Co	ognom	2					
_	C.F.					ell.						
	Email					BAN						
2	Nome				Co	ognom	<u> </u>					
_	C.F.					ell.						
	Email					BAN						
	•				*			•				
3	Nome				Co	ognom	e					
	C.F.				Ce	ell.						
	Email				IB	BAN						
4	Nome				Co	ognom	e					
	C.F.				Ce	ell.						
	Email				IB	BAN						
	1	1						1				
5	Nome					ognom	е					
	C.F.					ell.						
	Email				IB	BAN						
6	Nome				Co	ognome	2					
	C.F.					ell.						
	Email					BAN						
dall'A	scopo si im vviso "Vouc o e data	her Studi	professio	nali", la d			necess	aria all	'access re/lega	so al benefic	cio. entante (
									Studi	o professio	nale	



TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

lo sottoscritto/a ricevuta
l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., consento al
loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento altresì all'invio dei
miei dati personali ai soggetti indicati nella scheda informativa di cui sopra per le finalità nella stessa scheda
indicate.
(Firma)
, îi