

All'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi  
Via Andrea Cesalpino, 1  
00161 ROMA (RM)

**c.a Settore Amministrativo**  
**Fax: 06/97748652**

**MODULO DI RICHIESTA RESTITUZIONE O TRASFERIMENTO CONTRIBUTI VERSATI IN ECCEDEXENZA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

iscritto/a all'ENPAP con matricola n. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

avendo effettuato versamenti in misura eccedente rispetto al dovuto per gli anni di seguito indicati:

_____ euro   _____  ,   _____	_____ euro   _____  ,   _____
_____ euro   _____  ,   _____	_____ euro   _____  ,   _____
_____ euro   _____  ,   _____	_____ euro   _____  ,   _____

**CHIEDE**

subordinatamente alla verifica della regolarità dell'intera posizione contributiva

che tali importi gli vengano rimborsati dall'Ente, mediante bonifico bancario, con le seguenti modalità:

Banca						
Codice	Codice paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	N. Conto Corrente
IBAN						

*(si prega di indicare gli estremi di un c/c intestato esclusivamente, o almeno cointestato, al nominativo di chi richiede il rimborso)*

intestato a \_\_\_\_\_

che i suddetti importi in eccedenza vengano trasferiti sulle seguenti annualità:

Anno	Contributi	Interessi	Sanzioni

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ \*

*\* Allegare copia di un documento di riconoscimento ( Art. 38 D.P.R. 445/2000 )*