

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 \_\_\_\_\_

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

**A** che tali importi gli vengano rimborsati dall'Ente con le seguenti modalità *(barrare la modalità prescelta)*

|                          |               |              |             |     |     |     |                   |
|--------------------------|---------------|--------------|-------------|-----|-----|-----|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Banca</b>  |              |             |     |     |     |                   |
|                          | <b>Codice</b> | Codice paese | Check Digit | CIN | ABI | CAB | N. Conto Corrente |
|                          | <b>IBAN</b>   |              |             |     |     |     |                   |

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

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

assegno circolare non trasferibile intestato al sottoscritto, da recapitarsi tramite servizio postale al seguente domicilio:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

*Il/La sottoscritto/a esonera codesto Ente da ogni responsabilità per smarrimento dell'assegno o illecita riscossione dello stesso da parte di terzi.*

**B** che i suddetti importi in eccedenza vengano trasferiti a copertura integrale o parziale di quanto ancora dovuto per i seguenti anni:

| Anno | Contributi | Interessi | Sanzioni |
|------|------------|-----------|----------|
|      |            |           |          |
|      |            |           |          |
|      |            |           |          |
|      |            |           |          |

Data \_\_\_\_\_

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

*\* Allegare copia di un documento di riconoscimento se la domanda non viene presentata personalmente agli uffici  
(Art. 38 D.P.R. 445/2000)*