

Ufficio Controllo Rapporto Contributivo Obbligatorio Via di Porta Lavernale, 12 00153 R O M A
Tel. 06/45547011
Modulo da inviare a protocollo@pec.enpab.it
o mediante Raccomandata A\R o brevi manu.

Autocertificazione di possesso dei requisiti di iscrizione ai sensi dell'art. 1 del Regolamento di Previdenza dell'ENPAB . Il sottoscritto/a Biologo/a, consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, dichiara, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000, quanto segue:

IC0601

Domanda di iscrizione

	Dati Anagrafici		
Cognome	Nome		
Codice Fiscale	Sesso Data di nascita		
Luogo di nascita	Prov. Nazione		
Cellulare - E-mail - *PEC			
Cellulare	E-mail		
PEC (obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL n.185/2008)			
<u> </u>			
Residenza			
Stato	Via/Piazza/etc Indirizzo	Civico	
Presso	Località/Comune Prov. Frazione	CAP	
Telefono	Fax 2° Cellulare		
Telefolio			
	Domicilio Fiscale		
Stato		Civico	
	Via/Piazza/etc Indirizzo		
Stato Presso		Civico	
	Via/Piazza/etc Indirizzo		
	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione		
Presso	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza	CAP	
	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza	CAP	
Presso	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza Residenza C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostante)	CAP	
Presso	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza Residenza C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostante)	CAP	
Presso C/O Ro	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza Residenza C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostanto Via/Piazza/etc Indirizzo	CAP e) Civico	
Presso C/O Ro	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza Residenza C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostanto Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione	CAP e) Civico	
Presso C/O Rostato Presso	Via/Piazza/etc Indirizzo Località/Comune Prov. Frazione Indirizzo a cui inviare la corrispondenza Residenza C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostanto Via/Piazza/etc Indirizzo	CAP e) Civico	
Presso C/O Ro Stato Presso	Località/Comune Prov. Frazione	CAP e) Civico	
Presso C/O Rostato Presso	Località/Comune Prov. Frazione	e) Civico CAP	
Presso C/O Ro Stato Presso	Località/Comune Prov. Frazione	e) Civico CAP	
Presso C/O Ro Stato Presso	Località/Comune Prov. Frazione	e) Civico CAP	
Presso C/O Ro Stato Presso	Località/Comune Prov. Frazione	e) Civico CAP	
Presso C/O Ro Stato Presso	Località/Comune Prov. Frazione	e) Civico CAP	

Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare una fotocopia del documento d'identità valido

Firma autografa e leggibile____

	Dichiaro essere iscritto/a all'Ordine Professionale		
Numero iscrizione	Data iscrizione		
Il/La sottoscritto/a, ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 47 e 76 dichiara di svolgere l'attività libero			
professionale di Biologo/a	3		
iniziata in data			
	Compilare solo i campi di interesse		
	con Partita Iva		
Data apertura	Numero Partita Iva Codice Attività Ufficio di CCIAA		
Con partecipazione in società o associazioni (Es. soc. SS, SNC, SAS – Associazioni tra professionisti - STP			
Data Denominazione o Ragione S Sede	Numero Partita Iva Societaria Codice Attività Ufficio di CCIAA ociale Quota Prov. CAP Telefono		
con conferimento di incarico Co.Co.Co. o Co.Co.Pro.			
Data	Ente/Società/Professionista		
con attività occasionale			
Data	Ente/Società/Professionista		
	come Biologo/a Convenzionato Interno		
Data Sede	Prov. CAP Telefono		
come Biologo/a Intramoenia			
Data Sede	Prov. CAP Telefono		
Sottoscrizione dell'autocei	rtificazione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016		
Per la validità dell'autocertificazione e necessario allegare fotocopia del documento di identità valido.			
Ai sensi del Regolamento UE 679/2016, il sottoscritto/a esprime il proprio consenso che i dati vengano utilizzati ai fini istituzionali e non costituiscono oggetto di divulgazione o diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti.			
Data	Firma autografa e leggibile		
_			



Autocertificazione di riduzione del contributo minimo soggettivo per non aver compiuto il 30° anno di età Il/La sottoscritto/a Biologo/a, consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

Dati Anagrafici			
Codice Fiscale Luogo di nascita Prov. Nazione			
Cellulare - E-mail - *PEC Cellulare			
Cellulare E-mail PEC (obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL 185/2008)			
Residenza			
Stato Via/Piazza/etc Indirizzo Civico			
Presso Località/Comune Prov. Frazione CAP			
Telefono Fax 2° Cellulare			
CHIEDE Ai sensi dall'art. 3 comma 6 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza, per coloro che si iscrivono per la prima volta all'ENPAB, prima di aver compiuto il 30° anno di età, di ridurre a 1/3 il contributo soggettivo minimo, e ciò per l'anno di iscrizione e per i due anni successivi, fino alla somma di € 3.680,00. Per i redditi superiori a € 3.680,00, si applica comunque l'aliquota tempo per tempo vigente.			
Distinti saluti			
Data Firma autografa e leggibile			

Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare una fotocopia del documento d'identità valido