

Domanda di iscrizione

Dati Anagrafici

Cognome										Nome									
Codice Fiscale										Sesso		Data di nascita							
Luogo di nascita										M	F								
Prov.		Nazione																	

Cellulare - E-mail - *PEC

Cellulare										E-mail									
PEC (obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL n.185/2008)																			

Residenza

Stato		Via/Piazza/etc..				Indirizzo				Civico	
Presso		Località/Comune				Prov.		Frazione		CAP	
Telefono		Fax				2° Cellulare					

Domicilio Fiscale

Stato		Via/Piazza/etc..				Indirizzo				Civico	
Presso		Località/Comune				Prov.		Frazione		CAP	

Indirizzo a cui inviare la corrispondenza

<input type="checkbox"/> C/O Residenza										<input type="checkbox"/> C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostante)									
Stato		Via/Piazza/etc..				Indirizzo				Civico									
Presso		Località/Comune				Prov.		Frazione		CAP									

Stato di famiglia

Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Stato Civile

Data

Firma autografa e leggibile _____

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



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 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

Cognome										Nome									
Codice Fiscale										Sesso		Data di nascita							
Luogo di nascita										M	F								
										Prov.		Nazione							

Cellulare - E-mail - *PEC

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

CONFERMA RICHIESTA DI RIDUZIONE CONTRIBUTI MINIMI - ALTRA COPERTURA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIA

Art. 3, comma 4, del Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza dell'ENPAB

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Residente a

Prov.

Via/Piazza

Civico

CAP

Telefono

e-mail

PEC

consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

- di svolgere, contemporaneamente all'attività di Biologo, la diversa attività di:

(barrare la voce che interessa)

LAVORO DIPENDENTE

ALTRA ATTIVITÀ DI LAVORO AUTONOMO/IMPRESA

- che per la predetta attività è obbligatoriamente iscritto al seguente Ente Previdenziale:

ENTE DI PREVIDENZA

MATRICOLA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CONFERMA

per l'anno la richiesta di riduzione del contributo soggettivo minimo prevista dall'art. 3, comma 4, del Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza dell'ENPAB

DATA

FIRMA LEGGIBILE

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", la informiamo che i dati e le informazioni richiesti con il presente modello saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione presso l'ENPAB e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri. Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa in materia di previdenza obbligatoria. In ogni momento potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all'indirizzo mail dirittiprivacy@enpab.it. Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale 12 - 00153 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, letta e compresa in ogni sua parte l'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell'informativa predetta.

DATA

FIRMA LEGGIBILE

ALLEGARE COPIA FRONTE/RETRO DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.