

**RICHIESTA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE TEORICO
PRATICA PER BIOLOGO NUTRIZIONISTA PRESSO LA "MATER DEI HOSPITAL" DI BARI**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

IL/La sottoscritto/a

COGNOME _____ NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ PROV _____ CAP _____

INDIRIZZO _____ N° _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

E-MAIL PEC _____

E-MAIL _____

CODICE FISCALE _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dal D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA
di trovarsi nelle condizioni per l'assegnazione dei posti riservati**

- ☐ per aver avuto una maternità nell'anno 2017 Data parto ____/____/____
- ☐ per aver subito una diminuzione del reddito professionale imponibile ai fini previdenziali ENPAB del 30% nell'anno 2017 rispetto all'anno 2016 (condizione valida per chi ha prodotto nel 2016 un reddito professionale imponibile ai fini previdenziali ENPAB di almeno euro 7000)

Reddito anno 2016 _____ Reddito 2017 _____

ATTESTA

- ☐ di essere iscritto all'ENPAB prima del 01 gennaio 2018
- ☐ di esercitare l'attività libero professionale di biologo
- ☐ di avere un rapporto previdenziale regolare
- ☐ di non aver conseguito per l'anno 2017, se prodotto, reddito derivante dallo svolgimento di attività imponibile ai fini previdenziali Enpab superiore ai 25.000,00 euro

☐ di non aver conseguito per l'anno 2017 un reddito complessivo superiore a 40.000,00 euro derivante dall'esercizio dell'attività professionale di biologo e da altri redditi "non da partita iva" presenti nella dichiarazione dei redditi

☐ di non aver beneficiato, dal 1/01/2017 ad oggi, di altre iniziative di welfare intraprese dall'Enpab a sostegno della professione ed incentivazione del reddito professionale che prevedono attività formativa pratica con riconoscimento di borse di studio in danaro.

A tal fine

DICHIARA

1) di aver letto il Bando di concorso e di essere informato sulla disciplina regolamentare prevista per l'assegnazione dell'incarico e di accettare le condizioni di ammissibilità e permanenza dello stesso

☐ di essere in possesso della Specializzazione post-laurea in scienza dell'alimentazione

conseguita il ____/____/____ presso:

☐ di essere in possesso del **Master Universitario** di I o II livello in nutrizione umana

conseguito il ____/____/____ presso:

☐ di essere in possesso della Laurea specialistica (magistrale) in scienza della nutrizione umana

conseguita il ____/____/____ presso:

☐ di svolgere l'attività libero professionale in ambito nutrizionale da ____ anni

Data ____/____/____

In fede (firma) _____

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 la presente domanda saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'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.

I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi di cui alla presente domanda e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

In ogni momento la S.V. 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 ____/____/____

In fede (firma) _____