Spettabile

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA

ED ASSISTENZA IN FAVORE DEI BIOLOGI

Via di Porta Lavernale,12

00153 ROMA (RM)

**DOMANDA**

**per** **la partecipazione al Master di secondo livello della Facoltà di Medicina e Chirurgia in Psicobiologia della nutrizione e del comportamento alimentare - Psychobiology of nutrition and eating behaviour presso l’Università degli Studi di Roma Tor Vergata ed in convenzione con l’Università degli studi “Campus Biomedico” di Roma**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETA’

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_) in

via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_­

tel. numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

mail Pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**

☐ avuto una maternità (data fine gravidanza) dal 01/01/2019 al 15/01/2021

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

**ATTESTA**

☐ di essere iscritto all'ENPAB

☐ di avere un rapporto previdenziale regolare

☐ di aver conseguito per l'anno 2019, se prodotto, un reddito derivante dallo svolgimento di attività professionale, imponibile ai fini previdenziali ENPAB, minore di euro trentamila

☐ di aver conseguito per l'anno 2019, se prodotto, un reddito derivante dallo svolgimento di attività professionale, imponibile ai fini previdenziali ENPAB, maggiore di euro trentamila ma di aver avuto un calo di almeno il 30% stimato per il 2020

A tal fine

**DICHIARA**

di aver letto tutti i documenti che disciplinano la partecipazione e di essere informato sulla regolamentazione per la partecipazione al Master di secondo livello della Facoltà di Medicina e Chirurgia in Psicobiologia della nutrizione e del comportamento alimentare - Psychobiology of nutrition and eating behaviour presso l’Università degli Studi di Roma Tor Vergata ed in convenzione con l’Università degli studi “Campus Biomedico” di Roma.

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

 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_