

**DOMANDA DI CHIUSURA POSIZIONE CONTRIBUTIVA VOLONTARIA****DATI ANAGRAFICI**

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

CHIEDE

la chiusura della propria posizione contributiva volontaria presso l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Biologi con effetto dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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 da ENPAB esclusivamente per 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 o ad ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. 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 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](mailto: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

---

**ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ**

Il presente modello deve essere presentato **UNICAMENTE** a mezzo Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) all'indirizzo [protocollo@pec.enpab.it](mailto:protocollo@pec.enpab.it);