

## DOMANDA DI CONTRIBUZIONE VOLONTARIA

Art. 31. del Regolamento di disciplina delle funzioni di previdenza

### 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

### CHIEDE

Di poter essere ammesso/a alla contribuzione volontaria per conseguire il requisito contributivo per il diritto a pensione con effetto dal

A tal fine, 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 non esercitare la libera professione di Biologo:

- in forma individuale avendo cessato l'attività e conseguentemente chiuso la propria posizione IVA con effetto dal
- in forma associata e/o societaria (SNC\SAS\STP), anche sotto forma di Collaborazione Coordinata e Continuativa, Collaborazione Occasionale, Convenzionamento Interno (Specialista Ambulatoriale) e attività Intramoenia e di non aver prodotto reddito derivante dall'attività libero professionale le cui prestazioni richiedono l'iscrizione nell'Albo professionale dei Biologi come previsto dall'art. 1 del D.Lgs. 103/96 e dal vigente Statuto dell' ENPAB dal
- di essere in possesso dei requisiti obbligatori previsti dall'art. 31 comma 3 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza;
- di non essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria (Inps, ex Inpdap, casse professionali, ecc.)
- di essere tuttora iscritto/a all' Ordine Regionale dei Biologi al n. \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che la cancellazione dall'Ordine Regionale dei Biologi comporta l'impossibilità di prosecuzione del beneficio della contribuzione volontaria;
- di essere in regola con la propria posizione contributiva presso l'ENPAB

**ALLEGA: COPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ**

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. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della presente pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali dell'ENPAB 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