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**

* Aver avuto una maternità/paternità/(data nascita) dal 01/01/2023 al 15/01/2025

Data nascita / /

# ATTESTA

* di avere reddito imponibile ai fini previdenziali Enpab 2023, se presente, minore di 40000,00 euro
* di essere iscritto all’Ente di previdenza in regola con i pagamenti alla data di presentazione della domanda (non sono considerate irregolarità gli adempimenti contributivi dell’anno 2020 interessati dalle sospensive legate alla pandemia e rateizzazioni in corso)

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.](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