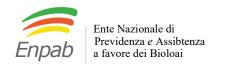




DOMANDA DI CANCELLAZIONE Art. 2 Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza

	Art. 2 Regoi	iamento di discipini	a delle Fullzi	ioni di Frevidenza	
		DATI AN	AGRAFICI_		
I 1/la sottoscritto/a					
Cognome			Nome		
Nato/a a		Prov.	Nazionalità		
Data di Nascita	Codice Fiscale				Sesso
Cellulare	Email			PEC	
			IEDE		
la cancellazione dall'Ente				_	
	•			ndaci o di esibizione di atto falso	
				seguiti per effetto delle dichiara	
(previste dagli articoli 75	e 76 del D.P.R. n.4	445/2000), ai se	ensi degli a	articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2	000
		DICHIAR	P A		
	DATA DI CESSAZ	ZIONE DELL'ATT	IVITA LIBE	RO PROFESSIONALE	
(Specialista Ambulatoria	ale) e attività Int tazioni richiedono	tramoenia e di l'iscrizione nell' <i>l</i>	non aver Albo profes	azione Occasionale, Convenziona prodotto reddito derivante de sionale dei Biologi come previst	all'attività libero
		Data di cessazione			•
		Jata di Cessazione	attivita.		
	ΔΙΙΤΟΙ	RIZZAZIONE ALI	A COMPEN	NS A ZIONE	
	AUTOR	MZZAZIONE ALI	LA COMI LI	NSAZIONE	
Al fine di ridurre gli oneri relative a periodi per i qu	_	go di iscrizione a		nto di contribuzioni previdenzial	i e assistenziali
espressamente I'ENPAB relativo a versamenti effo debiti previdenziali a q prestazioni previdenzi	ettuati in ecceden ualunque titolo ma	za con: aturati;		Codice civile a compensare l'e	eventuale credito
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. 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

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