

DOMANDA PER IL RISCATTO DEI PERIODI PRECEDENTI L'ISTITUZIONE DELL'ENTE

Art. 32 Regolamento di disciplina delle funzioni di Previdenza dell'ENPAB

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

Il riscatto di (barrare la casella che interessa)

 1 2 3 4 5

periodi precedenti l'istituzione dell'Ente.

- che l'onere contributivo derivante dal riscatto:

- sia determinato sulla base della seguente aliquota:

(indicare l'aliquota prescelta. L'aliquota deve essere compresa tra il minimo del 15% ed il massimo del 36%. **Gli incrementi rispetto al minimo del 15% non possono essere inferiori ad un punto percentuale**):

 %

- possa essere versato in:

unica soluzione

24 rate mensili

60 rate mensili

120 rate mensili

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

- che nel corso di tutti i periodi per i quali chiede il riscatto:

- era regolarmente iscritto all'Albo tenuto dall'Ordine Nazionale dei Biologi;

- ha esercitato in modo effettivo ancorché non esclusivo l'attività libero professionale di Biologo.

- di non aver esercitato analoga facoltà di riscatto presso altro Ente gestore di forme di previdenza obbligatoria;

- di non essere titolare di altra copertura previdenziale obbligatoria per nessuno dei periodi assicurativi oggetto della presente domanda;
- di essere titolare di almeno cinque anni di effettiva contribuzione presso l'ENPAB;
- di essere consapevole che la domanda di riscatto non potrà aver seguito qualora risultino irregolarità della propria posizione contributiva per anni oggetto di contribuzione obbligatoria presso l'ENPAB.

Allega: copia fronte/retro di un documento d'identità 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 pratica di iscrizione 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 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. 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