

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Art. 2 Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome		Nato/a a	
Prov.	Nazionalità	Data di nascita	Codice Fiscale	Sesso	
				M	F

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Biologi.

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**RESIDENZA – RECAPITI ORDINARI**

di essere residente in:

Città	Prov.	CAP	Via/Corso/Piazza	Num.

che i propri recapiti sono:

Tel. Fisso	Cell.	E-mail

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

(Art. 16, comma 9, del D. L. n. 185/2008 convertito in L. n. 2/2009)

che ogni comunicazione, atto e documento relativo ai procedimenti di natura previdenziale e/o contributiva nonché ogni informazione di carattere istituzionale da parte di ENPAB dovrà essere indirizzato al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata.

PEC

--

DATI PROFESSIONALI – ISCRIZIONE ALL'ORDINE REGIONALE DEI BIOLOGI

di essere iscritto/a all'Ordine Regionale dei Biologi della: _____

data iscrizione	Sezione (A/B/Elenco speciale)	Numero di iscrizione

DATA

FIRMA AUTOGRAFA LEGGIBILE

MODALITA' DI ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE

di svolgere l'attività libero professionale di Biologo/o dal:

con le seguenti modalità:

PARTITA IVA INDIVIDUALE

Numero Partita Iva

Data apertura Partita Iva

Codice Ateco

ESERCIZIO IN FORMA ASSOCIATA

Barrare la voce di appartenenza:

- Società Semplice Società di Nome Collettivo (SNC) Società in Accomandita Semplice (SAS)
- Società tra professionisti di persone (SNC SAS) Società responsabilità limitata (SRL)
- Società tra professionisti di capitale (STP SRL SPA) Società per azioni (SPA)
- Associazione Professionale

Denominazione / Ragione Sociale

Codice Fiscale della Società/Associazione

Data di costituzione

Luogo di costituzione

Quota

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ALTRE MODALITA' DI ESERCIZIO

Barrare la voce di appartenenza:

- Collaborazioni coordinate Lavoro occasionale Specialisti Ambulatoriali ALPI

Denominazione / Ragione Sociale del Committente

Codice Fiscale

PEC Committente

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

RICHIESTA RIDUZIONE DEL CONTRIBUTO SOGGETTIVO MINIMO

Chiede la riduzione del contributo soggettivo minimo per la seguente motivazione (**barrare l'ipotesi che ricorre**)

- Età inferiore a 30 anni all'atto della prima iscrizione altra copertura previdenziale obbligatoria

AUTORIZZAZIONE ALLA COMPENSAZIONE

in relazione ai versamenti contributivi relativi ai periodi di obbligatorietà dell'iscrizione all'ENPAB, al fine di ridurre oneri conseguiti ad inadempienze

AUTORIZZA

Ai sensi degli articoli 1241 e seguenti del Codice Civile, a compensare un eventuale credito per versamenti contributivi effettuati in eccedenza, indipendentemente dell'anno di riferimento e della natura del versamento stesso, con:

- Debiti previdenziali a qualunque titoli maturati;
- Prestazioni previdenziali o assistenziali erogate e non dovute.

DATA

FIRMA AUTOGRAFA LEGGIBILE

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 specificati nell'informativa predetta.

DATA

FIRMA AUTOGRAFA LEGGIBILE

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

La domanda di iscrizione deve essere presentata esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)

all'indirizzo: protocollo@pec.enpab.it