

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 Biologa/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) 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**

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

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 sottoscritta/o, 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