

**RICHIESTA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DEL  
"BIOLOGO NUTRIZIONISTA NELL'AMBITO DELLA FERTILITA' DI COPPIA"  
PRESSO LA CASA DI CURA "SANTA FAMIGLIA" - ROMA**

La/il sottoscritta/o

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

E-MAIL PEC \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previsti in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici e dalla partecipazione alle attività pratiche per le quali la dichiarazione è stata rilasciata:

**CHIEDE**

di partecipare al Bando per lo svolgimento dell'attività professionale del "biologo nutrizionista nell'ambito della fertilità di coppia" presso la casa di cura "Santa Famiglia"

**DICHIARA**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28.12.2000 n°445:

- 1.** di essere iscritto/a all'Enpab prima del 01 Gennaio 2017
- 2.** di essere in regola con il rapporto previdenziale
- 3.** di non aver beneficiato e partecipato, nell'anno 2017, della partecipazione di altre tipologie di iniziative o attività similari promosse dall'Ente a vantaggio degli iscritti e a sostegno della professione (quali: Titolare del Progetto Scuola 2017/2018; Biologia forense2017/2018)

di aver avuto una maternità negli anni 2016/2017 Data parto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

di aver conseguito nell'anno 2015 un reddito professionale da esercizio dell'attività di biologo di almeno 7000,00 euro e di aver subito una diminuzione del reddito professionale del 30% nell'anno 2016

Reddito professionale 2015 \_\_\_\_\_

Reddito professionale 2016 \_\_\_\_\_

di essere in possesso della Specializzazione post-laurea in scienza dell'alimentazione  
consegnata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso:

---

di essere in possesso del Master Universitario di I o II livello nell'ambito della nutrizione umana  
consegnato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso:

---

di essere in possesso della Laurea specialistica (magistrale) in scienza della nutrizione umana  
consegnata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso:

---

di svolgere l'attività libero professionale in ambito nutrizionale da \_\_\_\_\_ anni

---

FIRMA .....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali";

DATA ...../...../.....

FIRMA .....