

Domanda di cancellazione (Autocertificazione di non esercizio della libera professione di biologo)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nato/a a	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di nascita	Nazionalità
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	Sesso
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residente a	Prov.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAP	Via/Piazza
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono	Civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail	Cellulare
<input type="text"/>	<input type="text"/>
e-mail *PEC	
<input type="text"/>	

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art. 75 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità

Ai fini della non iscrizione o cancellazione dall'Ente di Previdenza ed Assistenza a favore dei Biologi - ENPAB (art. 1 del D.Lgs 103/96)

DICHIARA

Di non aver esercitato la libera professione di Biologo, in forma singola, associata e/o societaria (SNC\SAS\STP), anche sotto forma di Collaborazione Coordinata e Continuativa, Collaborazione Occasionale, Convenzionamento Interno (Specialista Ambulatoriale) e attività Intramoenia e di non aver prodotto reddito derivante dall'attività libero professionale le cui prestazioni richiedono l'iscrizione nell'Albo professionale dei Biologi come previsto dall'art. 1 del D.Lgs. 103/96 e dal vigente Statuto dell' ENPAB dalla data

--	--	--	--	--	--

Data

--	--	--	--	--	--

Firma Autografa e leggibile

Sottoscrizione dell'autocertificazione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016

Ai sensi del regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati da ENPAB ai fini istituzionali. Il/La sottoscritto/a è consapevole del fatto che i dati costituiranno oggetto di divulgazione o diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti.

Data

--	--	--	--	--	--

Firma Autografa e leggibile

Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare alla presente una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.