

Domanda di iscrizione

Dati Anagrafici

| | |
|-------------------------|--|
| Cognome | Nome |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Codice Fiscale | Sesso |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> M <input type="text"/> F |
| Luogo di nascita | Data di nascita |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| | Prov. Nazione |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

Cellulare - E-mail - *PEC

| | |
|---|----------------------|
| Cellulare | E-mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PEC (obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL n.185/2008) | |
| <input type="text"/> | |

Residenza

| | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Stato | Via/Piazza/etc.. | Indirizzo | Civico |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | Località/Comune | Prov. | Frazione |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefono | Fax | 2° Cellulare | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Domicilio Fiscale

| | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Stato | Via/Piazza/etc.. | Indirizzo | Civico |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | Località/Comune | Prov. | Frazione |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Indirizzo a cui inviare la corrispondenza

| | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> C/O | Residenza | <input type="checkbox"/> C/O | Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostante) |
| Stato | Via/Piazza/etc.. | Indirizzo | Civico |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | Località/Comune | Prov. | Frazione |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Stato di famiglia

| Grado di parentela | Cognome e Nome | Data di nascita | Codice Fiscale | Stato Civile |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Data

Firma autografa e leggibile _____

Per la validità dell'autocertificazione
è necessario allegare una fotocopia
del documento d'identità valido



Via di Porta Lavernale, 12
00153 R O M A
Tel. 06/45547011
Modulo da inviare a protocollo@pec.enpab.it
o mediante Raccomandata A\R o *brevi manu*.

Autocertificazione di riduzione del contributo minimo soggettivo per non aver compiuto il 30° anno di età

Il/La sottoscritto/a Biologo/a, consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, dichiara, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

| Dati Anagrafici | |
|-------------------------|------------------------|
| Cognome | Nome |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Codice Fiscale | Sesso |
| <input type="text"/> | M F |
| Luogo di nascita | Data di nascita |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prov. | Nazione |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| Cellulare - E-mail - *PEC | |
|--|----------------------|
| Cellulare | E-mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PEC (obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL 185/2008) | |
| <input type="text"/> | |

| Residenza | | | | | |
|----------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Stato | Via/Piazza/etc.. | Indirizzo | Prov. | Frazione | Civico |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Presso | Località/Comune | Prov. | Frazione | CAP | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Telefono | Fax | 2° Cellulare | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

CHIEDE

Ai sensi dall'art. 3 comma 6 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza, per coloro che si iscrivono per la prima volta all'ENPAB, prima di aver compiuto il 30° anno di età, di ridurre a 1/3 il contributo soggettivo minimo, e ciò per l'anno di iscrizione e per i due anni successivi, fino alla somma di € 3.680,00. Per i redditi superiori a € 3.680,00, si applica comunque l'aliquota tempo per tempo vigente.

Distinti saluti

Data

Firma autografa e leggibile _____

Per la validità dell'autocertificazione
è necessario allegare una fotocopia
del documento d'identità valido