

Il presente modulo deve essere inviato all'Ente  
scegliendo una delle seguenti modalità:  
(PEC, Racc. A/R o Consegnata a mano)

## Comunicazione cessazione rapporto altra previdenza obbligatoria

### Dati Anagrafici

Cognome												Nome											
Nato/a a												Prov.		Nazionalità									
Data di nascita				Codice Fiscale				Sesso															
Residente a												Prov.		Via/Piazza						Civico			
CAP				Telefono				Cellulare															
E-mail																							
PEC																							

Ai sensi e per gli effetti del art. 47 del DPR del 28/11/2000 n. 445 recante norme attuative in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative, sotto la propria responsabilità:

## DICHIARA

DI NON AVERE PIU' DIRITTO alla riduzione del contributo soggettivo minimo obbligatorio, essendo stata interrotta l'attività che obbligava ad altra copertura previdenziale, a far data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_/

### INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza.

Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che la interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26, 5° comma del D.Lgs 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione.

Titolare del trattamento è Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Biologi, 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 come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o di assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed autorizza, inoltre, il trattamento dei dati sensibili, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle operazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o per l'erogazione della prestazione e dei servizi richiesti.

Data

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

Firma

\_\_\_\_\_

**Allego alla presente copia documento di riconoscimento in corso di validità**