

CONFERMA RICHIESTA DI RIDUZIONE CONTRIBUTI MINIMI - ALTRA COPERTURA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIA

Art. 3, comma 4, del Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza dell'ENPAB

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Residente a

Prov.

Via/Piazza

Civico

CAP

Telefono

 /

e-mail

PEC

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 veritieri (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

- di svolgere, contemporaneamente all'attività di Biologo, la diversa attività di:
(barrare la voce che interessa)

DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO DAL:

GIORNO	MESE	ANNO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ALTRA ATTIVITÀ DI LAVORO AUTONOMO/IMPRESA

- che per la predetta attività è obbligatoriamente iscritto al seguente Ente Previdenziale:

ENTE DI PREVIDENZA

MATRICOLA

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CONFERMA

Per l'anno _____ la richiesta di riduzione del contributo soggettivo minimo prevista dall'art. 3, comma 4, del Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza dell'ENPAB così come presentata per l'anno precedente.

DATA

FIRMA

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 di iscrizione saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica di iscrizione e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o dell'ENPAB e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. delle ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. 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 CONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, 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 limiti specificati nell'informativa predetta.

DATA

FIRMA

ALLEGA

- copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità.