

**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 veritiero (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)*

LAVORO DIPENDENTE

ALTRA ATTIVITÀ DI LAVORO AUTONOMO/IMPRESA

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

ENTE DI PREVIDENZA

MATRICOLA

**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

DATA

FIRMA LEGGIBILE

### 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 il presente modello 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 e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione presso l'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. 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 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](mailto: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 LEGGIBILE

**ALLEGARE COPIA FRONTE/RETRO DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ.**