

Via di Porta Lavemale, 12 - 00153 R O M A
 Tel. 06/45547011 Fax 06/45547036
 PEC: protocollo@pec.enpab.it
 Il presente modulo deve essere inviato all'Ente scegliendo una delle seguenti modalità:
 (RACCOMANDATA A/R o PEC)

Domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi
 (Legge n. 45/1990, come integrata dall'articolo 6 D.LGS. n. 42 del 02/02/2006)

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"/>
	Prov. Nazione
	<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)**

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	Cellulare	Fax	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Iscritto/a all'E.N.P.A.B. dal	Matricola ENPAB		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

CHIEDE

a norma della Legge n. 45/90, la ricongiunzione dei seguenti periodi assicurativi non più attivi, maturati in regime di assicurazione obbligatoria presso altre forme previdenziali.

Dal	Al	Istituto/Ente/Cassa	Indirizzo/cap/città

Dichiara, altresì, di non avere altri periodi assicurativi (obbligatori, volontari, figurativi o riscattati) presso altre forme di previdenza obbligatoria.

Dichiara inoltre di:

- esercitare la libera professione di Biologo all'atto della presentazione dell'istanza di ricongiunzione;
- non essere iscritto in altre forme di previdenza obbligatorie;
- essere attualmente iscritto anche _____ (indicare la forma di previdenza obbligatoria presso cui si è iscritti)
- di non essere pensionato di altri enti che gestiscono forme di previdenza obbligatoria;
- di essere titolare di pensione di anzianità o di vecchiaia presso _____ a decorrere dal _____

Allega:

- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- Estratto conto altri enti

Ai sensi del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196, il sottoscritto/a esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini istituzionali e non costituiscono oggetto di divulgazione o diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti

Data	Firma
<input type="text"/>	<input type="text"/>