

Autocertificazione di possesso dei requisiti per accedere alla riduzione ai sensi dell'art. 1 comma 8 del Regolamento di disciplina delle funzioni di Previdenza . Il 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 e per gli effetti del DPR n. 445/2000, quanto segue:

Domanda di Riduzione della contribuzione soggettiva per i pensionati

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	CAP
<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"/>	

❖ **Da compilare obbligatoriamente per accettare la richiesta**

Pensionato E.N.P.A.B. dal	Matricola	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pensionato altro Ente dal	Matricola	Ente di appartenenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conoscendo la normativa che disciplina l'autocertificazione (contrassegnare l'ipotesi che ricorre)

DICHIARA

❖ **Da compilare obbligatoriamente per accettare la richiesta.**

- ❖ Di continuare ad esercitare attività libera professionale di biologo/a e tal fine **chiede** di avvalersi della facoltà, ai sensi dell'art. 1 comma 8 del Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza, di versare solo il **50% del contributo soggettivo dal:**

(La riduzione non si applica sul contributo integrativo e sul contributo di maternità).

- ❖ Di continuare ad esercitare attività di libera professione di biologo/a e tal fine **chiede** di versare il **100% del contributo soggettivo.**

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03, ha provveduto all'adeguamento Privacy. Il/ La sottoscritto/a, reso/a e dotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso e dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento dei suoi dati.

Data _____

Firma _____