



**Ufficio Contributi e Prestazioni**  
Via di Porta Lavernale, 12 - 00153 R O M A  
Tel. 06/45547011  
PEC: protocollo@pec.enpab.it

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

Spazio riservato all'Ente

### Autocertificazione di riduzione del contributo minimo soggettivo per altra copertura previdenziale

Il/La 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 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

<b>Cognome</b>										<b>Nome</b>										<b>Sesso</b>			
																				M F			
<b>Nazione</b>										<b>Comune di nascita</b>										<b>Prov.</b>			
<b>Data di nascita</b>				<b>Codice Fiscale</b>												<b>Matricola ENPAB</b>							
<b>Residenza (Via, Piazza)</b>										<b>Civico</b>				<b>Comune</b>									
<b>Prov.</b>		<b>Telefono</b>						<b>Cellulare</b>						<b>E-mail</b>									
<b>PEC E-mail</b>																							

### CHIEDE

come previsto dall'art. 3 comma 4 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza, di usufruire della riduzione per altra copertura previdenziale, pari al 50% del contributo soggettivo minimo per i redditi di attività libero professionale fino alla somma di €5.520,00. Per i redditi superiori a €5.520,00 si applica comunque l'aliquota tempo per tempo vigente. Dichiara, di svolgere l'attività di lavoratore dipendente:

a tempo determinato per l'anno:

--	--	--	--

a tempo indeterminato dall'anno:

--	--	--	--

Iscritto altro Ente dal:

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

Matricola

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

Ente di appartenenza

--

**Data**

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

**Firma**

\_\_\_\_\_

- Allegare 1) Fotocopia documento di riconoscimento
- 2) Attestato di servizio o contratto