

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Art. 2 Regolamento di disciplina delle Funzioni di Previdenza

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

CHIEDE

la cancellazione dall'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a favore dei Biologi.

A tal fine, 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 veritiere (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

DATA DI CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

di non esercitare la libera professione di Biologo, in forma singola, associata e/o societaria (SNC\SAS\STP), anche sotto forma di Collaborazione Coordinata e Continuativa, Collaborazione Occasionale, Convenzionamento Interno (Specialista Ambulatoriale) e attività Intramoenia e di non aver prodotto reddito derivante dall'attività libero professionale le cui prestazioni richiedono l'iscrizione nell'Albo professionale dei Biologi come previsto dall'art. 1 del D.lgs. 103/96 e dal vigente Statuto dell'ENPAB con effetto dal:

Data di cessazione attività:

 / /

AUTORIZZAZIONE ALLA COMPENSAZIONE

Al fine di ridurre gli oneri conseguenti ad inadempienze nel pagamento di contribuzioni previdenziali e assistenziali relative a periodi per i quali sussiste l'obbligo di iscrizione all'Ente

AUTORIZZA

espressamente l'ENPAB ai sensi degli articoli 1241 e seguenti del Codice civile a compensare l'eventuale credito relativo a versamenti effettuati in eccedenza con:

- ☐ debiti previdenziali a qualunque titolo maturati;
- ☐ prestazioni previdenziali o assistenziali erogate dall'Ente ma non dovute.

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 saranno trattati da ENPAB esclusivamente per 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 o ad ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. 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 CONSENSO 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

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ

Il presente modello deve essere presentato **UNICAMENTE** a mezzo Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) all'indirizzo protocollo@pec.enpab.it;