

DOMANDA DI ISCRIZIONE
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

di essere iscritto all'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

RESIDENZA - RECAPITI ORDINARI

di essere residente in:

Città:

Provincia:

Via/Piazza:

Numero Civico:

CAP:

che i propri recapiti ordinari sono:

Telefono fisso:

 /

Telefono cellulare:

 /

email:

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

(art. 16, comma 9, del D. L. n. 185/2008, convertito con L. n. 2/2009)

che ogni comunicazione, atto e documento relativo ai procedimenti di natura previdenziale e/o contributiva nonché ogni informazione di carattere istituzionale da parte di ENPAB dovrà essere indirizzato al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata:

PEC:

DATI PROFESSIONALI - ISCRIZIONE ALL'ORDINE NAZIONALE DEI BIOLOGI

di essere iscritto/a all'Ordine Nazionale dei Biologi

data di iscrizione ONB:

Sezione (A/B/Elenco Speciale):

Numero di iscrizione:

MODALITÀ DI ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONEdi svolgere l'attività libero professionale di Biologo dal:

con le seguenti modalità:

PARTITA IVA INDIVIDUALE

Numero di Partita IVA:

Data apertura Partita IVA:

Codice ATECO:

ESERCIZIO IN FORMA ASSOCIATA

Tipo società/associazione (es. SNC - SAS - STP - Associazione Professionale):

Codice Fiscale della Società / Associazione:

Quota partecipazione:

 %

PEC della Società/Associazione:

ALTRE MODALITÀ DI ESERCIZIO (collaborazioni coordinate - lavoro occasionale - specialisti ambulatoriali - ALPI)

Modalità di esercizio:

Codice Fiscale del Committente:

PEC Committente:

Modalità di esercizio:

Codice Fiscale del Committente:

PEC Committente:

RICHIEDA DI RIDUZIONE DEL CONTRIBUTO SOGGETTIVO MINIMOChiede la riduzione del contributo soggettivo minimo per la seguente motivazione (**barrare l'ipotesi che ricorre**):☐ età inferiore a 30 anni all'atto della prima iscrizione☐ altra copertura previdenziale obbligatoria**AUTORIZZAZIONE ALLA COMPENSAZIONE**

in relazione ai versamenti contributivi relativi ai periodi di obbligatorietà dell'iscrizione all'Enpab, al fine di ridurre oneri conseguenti ad inadempienze

AUTORIZZA

ai sensi degli articoli 1241 e seguenti del Codice civile, a compensare un eventuale credito per versamenti contributivi effettuati in eccedenza, indipendentemente dall'anno di riferimento e dalla natura del versamento stesso, con:

- debiti previdenziali a qualunque titolo maturati;
- prestazioni previdenziali o assistenziali erogate e non dovute.

DATA

FIRMA AUTOGRAFA 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 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 AUTOGRAFA LEGGIBILE

ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ