

DOMANDA DI RIMBORSO ECCEDENZE DI VERSAMENTO

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Residente a

Prov.

Via/Piazza

Civico

CAP

Telefono

e-mail

PEC

CHIEDE

il rimborso delle somme versate in eccesso all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza a Favore dei Biologi in sede di pagamento di acconti e/o saldi dei contributi soggettivo, integrativo e di maternità, rispetto a quanto dovuto ai sensi degli artt. 3 e 4 del Regolamento ENPAB.

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.

CHIEDE

di accreditare l'importo eventualmente spettante a titolo di rimborso sul seguente conto corrente bancario intestato al richiedente:

Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	Numero Conto Corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allega:

- copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità

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