

Spettabile
ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA
ED ASSISTENZA IN FAVORE DEI BIOLOGI
Via di Porta Lavernale,12
00153 ROMA (RM)

DOMANDA

per la partecipazione al Master di secondo livello della Facoltà di Medicina e Chirurgia in Psicobiologia della nutrizione e del comportamento alimentare - Psychobiology of nutrition and eating behaviour presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata ed in convenzione con l'Università degli studi "Campus Biomedico" di Roma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a, Dott./Dott.ssa _____

nato/a a _____ (prov. _____) il ____/____/____

residente a _____ (CAP _____ prov. _____) in

via/piazza _____ n. _____

tel. numero _____ e-mail _____@_____

mail Pec _____@_____

codice fiscale _____;

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dal D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

di trovarsi nelle condizioni per l'assegnazione dei posti riservati

avuto una maternità (data fine gravidanza) dal 01/01/2018 al 21/11/2019

Data parto __/__/____

ATTESTA

di essere iscritto all'ENPAB prima del 01 gennaio 2019

di avere un rapporto previdenziale regolare

di aver conseguito per l'anno 2018, se prodotto, un reddito derivante dallo svolgimento di attività imponibile ai fini previdenziali ENPAB minore di euro trentamila

di non aver beneficiato, dal 1/01/2017 ad oggi, di altre iniziative di welfare intraprese dall'Enpab a sostegno della professione ed incentivazione del reddito professionale che prevedono attività formativa pratica con riconoscimento di borse di studio in danaro.

A tal fine

DICHIARA

di aver letto tutti i documenti che disciplinano la partecipazione e di essere informato sulla regolamentazione per la partecipazione al Master di secondo livello della Facoltà di Medicina e Chirurgia in Psicobiologia della nutrizione e del comportamento alimentare - Psychobiology of nutrition and eating behaviour presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata ed in convenzione con l'Università degli studi "Campus Biomedico" di Roma.

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 esclusivamente per le finalità istituzionali dell'ENPAB e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici.

I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi di cui alla presente domanda e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri.

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

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 _____