



Ufficio Controllo Rapporto Contributivo Obbligatorio  
Via di Porta Laverale, 12 00153 R O M A  
Tel. 06/45547011  
Modulo da inviare a protocollo@pec.enpab.it  
o mediante Raccomandata A/R o brevi manu.

Autocertificazione di possesso dei requisiti  
di iscrizione ai sensi dell'art. 1 del Regolamento  
di Previdenza dell'ENPAB. Il 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 e per gli effetti del DPR n. 445/2000,  
quanto segue:

DO00051

**OGGETTO: Richiesta di cessazione della Contribuzione Volontaria e ripristino Contribuzione Obbligatoria  
all'ENPAB**

Il sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine Nazionale dei Biologi dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**Di aver ripreso l'esercizio dell' attività libero professionale a partire dal \_\_\_\_\_ e**

**(Barrare la voce che interessa):**

- Di essere in possesso di Partita IVA n. \_\_\_\_\_ cod Att. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e di svolgere l'attività presso \_\_\_\_\_  
(allegare fotocopia del Mod. di attribuzione Partita IVA)
- Di esercitare la professione di Biologo nella forma di collaborazione coordinata e continuativa;  
**(Allegare fotocopia del contratto di collaborazione coordinata e continuativa)**
- Di esercitare la professione di Biologo nella forma di lavoro occasionale
- Di essere socio della società **(specificare denominazione e ragione sociale)** \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Con sede in \_\_\_\_\_ avente partita IVA \_\_\_\_\_ cod. att. \_\_\_\_\_

Quota di partecipazione \_\_\_\_\_ % A.S.L. (Azienda Sanitaria Locale) \_\_\_\_\_ **(Allegare fotocopia dell'atto notarile)**

- Biologo/a Convenzionato Interno presso \_\_\_\_\_
- Biologo/a esercitante attività Intramoenia presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di chiudere la propria posizione di contribuente volontario.

**CHIEDE inoltre (Barrare ove sussista la condizione)**

la riduzione del 50% del contributo soggettivo minimo, ove applicabile, in quanto lavoratore dipendente (allegare attestato di servizio)

**Ai sensi del D. lsg 30 giugno 2003 n. 196, il sottoscritto/a esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini istituzionali e non costituiscono oggetto di divulgazione o di diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti.**

Data

Firma Autografa e leggibile

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

\_\_\_\_\_

**Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare alla presente una fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.**