

Domanda di iscrizione

Dati Anagrafici

Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	Sesso
<input type="text"/>	M F
Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prov. Nazione
	<input type="text"/>

Cellulare - E-mail - *PEC

Cellulare	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEC (obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL. n.185/2008)	
<input type="text"/>	

Residenza

Stato	Via/Piazza/etc..	Indirizzo	Civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presso	Località/Comune	Prov.	Frazione CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefono	Fax	2° Cellulare	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Domicilio Fiscale

Stato	Via/Piazza/etc..	Indirizzo	Civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Presso	Località/Comune	Prov.	Frazione CAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indirizzo a cui inviare la corrispondenza

<input type="checkbox"/> C/O Residenza				<input type="checkbox"/> C/O Domicilio Fiscale - (se diverso compilare lo spazio sottostante)			
Stato	Via/Piazza/etc..	Indirizzo	Civico				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Presso	Località/Comune	Prov.	Frazione CAP				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Stato di famiglia

Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Stato Civile

Data

Firma autografa e leggibile _____

Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare una fotocopia del documento d'identità valido

Dichiaro essere iscritto/a all'Ordine Professionale

Numero iscrizione

Data iscrizione

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 47 e 76 dichiara di svolgere l'attività libero professionale di Biologo/a

iniziata in data

Compilare solo i campi di interesse

con Partita Iva

Data apertura

Numero Partita Iva

Codice Attività

Ufficio di CCIAA

Con partecipazione in società o associazioni (Es. soc. SS, SNC, SAS - Associazioni tra professionisti - STP)

Data

Numero Partita Iva Societaria

Codice Attività

Ufficio di CCIAA

Denominazione o Ragione Sociale

Quota

Sede

Prov.

CAP

Telefono

con conferimento di incarico Co.Co.Co. o Co.Co.Pro.

Data

Ente/Società/Professionista

con attività occasionale

Data

Ente/Società/Professionista

come Biologo/a Convenzionato Interno

Data

Ente

Sede

Prov.

CAP

Telefono

come Biologo/a Intramoenia

Data

Ente

Sede

Prov.

CAP

Telefono

Sottoscrizione dell'autocertificazione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016

Per la validità dell'autocertificazione e necessario allegare fotocopia del documento di identità valido.

Ai sensi del Regolamento UE 679/2016, il sottoscritto/a esprime il proprio consenso che i dati vengano utilizzati ai fini istituzionali e non costituiscono oggetto di divulgazione o diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti.

Data

Firma autografa e leggibile



Via di Porta Lavernale, 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 riduzione del contributo minimo soggettivo per non aver compiuto il 30° anno di età

Il/La 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 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

Dati Anagrafici	
Cognome	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Fiscale	Sesso
<input type="text"/>	M F
Luogo di nascita	Data di nascita
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prov. Nazione
	<input type="text"/>

Cellulare - E-mail - *PEC	
Cellulare	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEC <small>(obbligatoria ai sensi dell' art. 16 DL 185/2008)</small>	
<input type="text"/>	

Residenza					
Stato	Via/Piazza/etc..	Indirizzo		Civico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Presso	Località/Comune	Prov.	Frazione	CAP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefono	Fax	2° Cellulare			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

CHIEDE

Ai sensi dall'art. 3 comma 6 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza, per coloro che si iscrivono per la prima volta all'ENPAB, prima di aver compiuto il 30° anno di età, di ridurre a 1/3 il contributo soggettivo minimo, e ciò per l'anno di iscrizione e per i due anni successivi, fino alla somma di € 3.680,00. Per i redditi superiori a € 3.680,00, si applica comunque l'aliquota tempo per tempo vigente.

Distinti saluti

Data

Firma autografa e leggibile _____

Per la validità dell'autocertificazione è necessario allegare una fotocopia del documento d'identità valido