



Ufficio Contributi e Prestazioni
Via di Porta Lavernale, 12 - 00153 R O M A
Tel. 06/45547011
PEC: protocollo@pec.enpab.it

Il presente modulo deve essere inviato all'Ente
scegliendo una delle seguenti modalità:
(PEC, Racc. A/R o Consegnata a mano)

Spazio riservato all'Ente

Autocertificazione di riduzione del contributo minimo soggettivo per inattività professionale superiore a sei mesi

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:

Cognome	Nome	Sesso	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nazione	Comune di nascita	Prov.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Codice Fiscale	Matricola ENPAB	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Residenza (Via, Piazza)	Civico	Comune	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prov.	Telefono	Cellulare	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PEC E-mail			
<input type="text"/>			

CHIEDE

Come previsto dall'art. 3 comma 5 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza di ridurre ad 1/3 il contributo soggettivo minimo per inattività professionale superiore a sei mesi.

(barrare una delle quattro cause elencate indicando anche l'anno)

1. Infortunio 2. Malattia 3. Maternità Anticipata 4. Interruzione temporanea dell'attività libero professionale
(art. 15 D.L. 5/2012)

Anno

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Distinti saluti

Data

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Firma

- Allegare 1) Fotocopia documento di riconoscimento**
2) Documentazione della causa richiesta per i punti 1, 2 e 3.