



Via di Porta Lavernale, 12  
 00153 R O M A  
 Tel. 06/45547011 fax 06/45547036  
 e-mail: [info@enpab.it](mailto:info@enpab.it) - e-mail PEC: [protocollo@pec.enpab.it](mailto:protocollo@pec.enpab.it)  
 Il presente modulo deve essere inviato all'Ente  
 Scegliendo una delle seguenti modalità:  
 ( PEC; Fax; e-mail; Racc. A\R o Consegnata a mano)

Autocertificazione di possesso dei requisiti per accedere alla prestazione ai sensi dell'art. 13 e seguenti 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:

## Domanda di variazione conto di accredito bancario

### Dati Anagrafici

Cognome										Nome																																							
Codice Fiscale										Sesso		Data di nascita																																					
Luogo di nascita										M	F																																						
Cellulare										Prov.		Nazione																																					
indirizzo mail PEC																																																	
E-mail																																																	
Stato										Via/Piazza/etc..										Indirizzo										Civico																			
Presso										Località/Comune										Prov.										Frazione										CAP									
Telefono										Fax										2° Cellulare																													
Matricola																																																	

CHIEDE

che le quote di pensione e gli eventuali arretrati da Voi disposti in mio favore siano eseguite in favore del conto [indicare IBAN nuovo conto]

Paese	Check	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

con decorrenza dal [indicare data di decorrenza] \_\_\_\_\_

**Attenzione: indicare gli estremi di un c/c intestato esclusivamente, o almeno cointestato, al nominativo di chi richiede il trattamento pensionistico.**

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03, ha provveduto all'adeguamento Privacy. Il/La sottoscritto/a, reso/a edotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso e dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento dei suoi dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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