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

☐ Aver avuto una maternità/paternità/(data nascita) dal 01/01/2026 al 15/01/2027

Data nascita __/__/____

ATTESTA

☐ di avere reddito imponibile ai fini previdenziali Enpab 2025, se presente, minore di 40000,00 euro

☐ di essere iscritto all'Ente di previdenza in regola con i pagamenti alla data di presentazione della domanda (non sono considerate irregolarità gli adempimenti contributivi dell'anno 2020 interessati dalle sospensive legate alla pandemia e rateizzazioni in corso)

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 _____