**DOMANDA PER L’EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO IN FAVORE DEI FAMILIARI SUPERSTITI TITOLARI DI PENSIONE INDIRETTA**

*Art. 15 e ss Regolamento Unico per l'erogazione delle prestazioni assistenziali*

|  |
| --- |
| **DATI ANAGRAFICI** |
| Il/la sottoscritto/a |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Cognome* |  |  |  |  | *Nome* |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |
| *Nato/a a* |  |  | *Prov.* |  | *Nazionalità* |  |  |  |  |
|   |   |   |  |   |  |   |
| *Data di Nascita* |  |  | *Codice Fiscale* |  |  |  |  |  | *Sesso* |
|   |   |   |  |   |  |   |
| *Residente a* |  |  | *Prov.* |  | *Via/Piazza* |  |  |  | *Civico* |
|   |   |   |  |   |  |   |  |   |
| *CAP* |  |  |  | *Telefono* |  |
|   |   |   |  |   | / |   |
| *e-mail* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| *PEC* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

IN QUALITÀ DI

*(barrare la voce che interessa)*

|  |  |
| --- | --- |
|   | SUPERSTITE titolare al trattamento di pensione ai superstiti secondo le normative vigenti del/della Dott./Dott.ssa |
| *Cognome* |  |  |  |  | *Nome* |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | GENITORE/TUTORE di: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Cognome* |  |  |  |  | *Nome* |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |  |   |
| *Nato/a a* |  |  | *Prov.* |  | *Nazionalità* |  |  |  |  |
|   |   |   |  |   |  |   |
| *Data di Nascita* |  |  | *Codice Fiscale* |  |  |  |  |  | *Sesso* |
|   |   |   |  |   |  |   |
| *in virtù dell'apposita autorizzazione rilasciata dal Giudice Tutelare di* |  | *data provvedimento del Giudice Tutelare* |
|   |  |   |   |   |

CHIEDE

di usufruire della maggiorazione del trattamento pensionistico previsto dall’art. 15 e seguenti del Regolamento Unico per l'erogazione delle prestazioni assistenziali.

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

di non essere titolare di identico beneficio erogato da altri Enti o Istituzioni.

Allega:

* Modello ISEE del nucleo familiare del richiedente riferito all'ultima annualità fiscalmente dichiarata in corso di validità alla data di presentazione della domanda;
* Copia dell'eventuale provvedimento di autorizzazione del Giudice Tutelare;
* Copia Fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA |  | FIRMA |
|  |  |  | *(per i minori, la domanda deve essere sottoscritta dall'esercente la responsabilità genitoriale, dal tutore o curatore)* |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |

**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 I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all’evasione della pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o delle ulteriori funzioni istituzionali dell’ENPAB attribuite all’Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l’ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri. Il conferimento dei dati è obbligatorio. L’eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l’esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa in materia di previdenza obbligatoria. 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 |
|  |  |  | *(per i minori, la domanda deve essere sottoscritta dall'esercente la responsabilità genitoriale, dal tutore o curatore)* |
|   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |