



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

Domanda di Pensione di Inabilità in Totalizzazione (*) (ai sensi del D. Lgs n. 42 del 2/2/2006)

A tal fine 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

Dati anagrafici

Cognome	Nome
Nato/a a	Prov. Nazionalità
Data di nascita	Codice Fiscale
Residente a	Sesso
CAP	Prov. Via/Piazza Civico
Telefono	Cellulare
Di essere stato iscritto all'Albo dell'Ordine Nazionale dei Biologi	Dal Al
E-mail	Matricola ENPAB
e-mail *PEC	

Informazioni sullo stato civile

(barrare la casella corrispondente)

☐ Celibe/Nubile	☐ Separato/a dal _____	☐ Vedovo/a dal _____	☐ Coniugato/a dal _____
☐ Divorziato/a dal _____			

Dati del Coniuge

Cognome	Nome
Nato/a a	Prov. Nazionalità
Data di nascita	Codice Fiscale
Sesso	

Richiesta:

Per Malattia	Per Infortunio**
☐	☐

Si forniscono le seguenti notizie:

A) Carriera Assicurativa

Ente	Tipo di contribuzione	dal	al

A1) Periodi di lavoro svolti all'estero

Stato	dal	al	Cassa estera

A2) Richiesta di accredito figurativo presentata il _____ presso _____

A3) Domanda di riscatto presentata il _____ presso _____

A4) Domanda di ricongiunzione presentata il _____ presso _____

Data _____

Firma _____

B) **Attività lavorativa:** ☐ non svolgo attività lavorativa ☐ Svolgo attività lavorativa in qualità di _____

☐ Cesserò l'attività autonoma/o o professionale il _____ ☐ Cesserò l'attività autonoma/o o professionale il _____

Situazione pensionistica: ☐ sono già titolare di pensione diretta presso _____

☐ Ho presentato domanda di pensione diretta presso _____

CHIEDE

La liquidazione della pensione di Inabilità in totalizzazione

All'uopo

Allega certificato medico attestante lo stato di Inabilità totale o permanente.

☐

Oppure

Chiede che la visita medica di accertamento venga effettuata presso il proprio domicilio e allega certificato medico attestante lo stato di inabilità totale o permanente da cui risulta anche la propria impossibilità ad intraprendere viaggi.

☐

(*) LA TITOLARITA' DI ALTRO TRATTAMENTO PENSIONISTICO ESCLUDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PENSIONE IN REGIME DI TOTALIZZAZIONE
(ART. 1 D.LGS N. 42/2006)

** In caso di infortunio inviare la documentazione dalla quale risulti l'ammontare dell'indennizzo ricevuto dall'Istituto assicuratore o dal responsabile del danno, escluso in ogni caso il risarcimento derivante da assicurazione per infortuni stipulata dall'iscritto (art. 6 del Regolamento).
Nel caso in cui la pratica assicurativa non sia conclusa si prega di inviare la documentazione comprovante l'eventuale azione giudiziaria promossa con il responsabile o i suoi aventi causa, integrata da una dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale la S.V. si impegna a comunicare alla Cassa, anche dopo il pensionamento, l'eventuale indennizzo che sarà corrisposto.

N.B. Ai fini del riconoscimento della prestazione è necessaria la regolarizzazione contributiva. La verifica di tale requisito è preliminare all'effettuazione della visita sanitaria.

Ai sensi del D.LGS. del 30 giugno 2003n. 196, il sottoscritto esprime il proprio consenso a 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

allego alla presente copia documento di riconoscimento in corso di validità

Dichiarazione per le Detrazioni Fiscali per l'anno 2026
(art. 11, 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 917)

Il/La sottoscritto/a..... nato/a

prov..... il/...../..... e con domicilio fiscale in

prov.....cap..... Via/Piazza.....

Codice Fiscale

Consapevole delle pene previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni
mendaci (art. 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Dichiara

☐ Di non voler usufruire per l'anno in corso di alcuna detrazione perché intende usufruire in sede di dichiarazione dei redditi
ovvero perché ne usufruisce già in virtù di un diverso rapporto di lavoro dipendente e/o di pensione.

Oppure

DICHIARADI AVERDIRITTO ALLESEGUENTIDETRAZIONI
(barrare le caselle corrispondenti e completare con ulteriori dati richiesti)

☐ Per Reddito da Pensione

☐ Per Coniuge a carico (non legalmente ed effettivamente separato)

Codice Fiscale

☐ Per figlio a carico
(Barrare le caselle corrispondenti al numero dei figlie alla misura percentuale)

☐ n..... Figli < di 3 anni Codice Fiscale
Codice Fiscale

☐ n..... Figli > di 3 anni Codice Fiscale
Codice Fiscale

☐ n..... Figli portatori di Codice Fiscale
handicap ai sensi Codice Fiscale
dell'art.3L.104/92

☐ Per altri familiari a carico n.....altri familiari nella seguente misura percentuale: ☐100% ☐50% ☐ %

Codice Fiscale
Codice Fiscale

A tal fine dichiara che il proprio reddito complessivo presunto per l'anno è pari ad euro...../00

Il/la dichiarante autorizza, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, l'Ente di Previdenza ed Assistenza a favore dei Biologi ENPAB al
trattamento dei dati dichiarati e si impegna a comunicare prontamente allo stesso qualsiasi variazione concernente il diritto e/o la misura delle
predette detrazioni.

Data.....

Firma.....