

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

RICHIESTA DI ASSEGNO DI INVALIDITÀ

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			Sesso				
Residente a					Prov.		Via/Piazza		Civico
CAP		Telefono		Cellulare					
Di essere iscritto all'ENPAB dal			Matricola ENPAB						
E-mail									
e-mail *PEC									

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire dell'assegno d' invalidità ai sensi degli artt. 18- 19 e 22 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza ENPAB

Allega alla presente:

1. Documentazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica in data recente (non antecedente 6 mesi dalla data della domanda) comprovante lo stato di salute attuale, comprensivo di dati anagrafici, patologie invalidanti e tipologia di menomazione (dati clinici e diagnosi) e dalla quale possa essere desunta una riduzione permanente della capacità lavorativa a meno di 1/3 (66%)
In assenza di idonea documentazione sanitaria l'iscritto potrà accedere comunque alle prestazioni dopo essersi sottoposto su sua richiesta a visita presso i medici legali fiduciari dell'ENPAB.
In caso di visita medica l'iscritto dovrà comunque esibire la documentazione sanitaria in suo possesso.
2. Dichiarazione di non essere soggetto ad altre forme di previdenza obbligatorie per i periodi di iscrizione all'ENPAB
3. Dichiarazione di non essere titolare di altro trattamento pensionistico
4. Autocertificazione attestante l'inesistenza di trattamenti a carico dell'INAIL

Il/La sottoscritto/a chiede che le mensilità di assegno d' invalidità siano accreditate sul conto corrente:

bancario
 postale
 intestato
 cointestato

Codice Paese	Check Digit	CIN	ABI				CAB				CONTO CORRENTE								

Il/La sottoscritto/a a sensi del D.LGS. n. 196 del 30/06/2003 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

Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà

(DPR 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Codice Fiscale _____

Consapevole, a norma dell'art. 26 della Legge n. 15 del 04/01/1968, delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi

Dichiara che

(barrare con una X)

- non gode di altri trattamenti di pensione
- Gode di pensione della seguente natura a carico/erogato _____ con decorrenza dal _____
- non ha svolto né svolge attività per le quali è riconosciuto un altro trattamento di pensione
- Ha svolto e/o svolge le seguenti attività per le quali è riconosciuto un altro trattamento di pensione (indicare il tipo di attività ed i periodi)

Allega ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di un documento di riconoscimento

(tipo di documento) _____ numero _____

rilasciato da _____ in data _____

Letto, confermato e sottoscritto

Data e luogo

Firma

Dichiarazione per le Detrazioni Fiscali per l'anno 2019

(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

DICHIARA DI AVER DIRITTO ALLE SEGUENTI DETRAZIONI
(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 figli e 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
handicap ai sensi
dell'art. 3 L. 104/92

Codice Fiscale

Codice Fiscale

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

Codice Fiscale.....

Codice Fiscale.....

A tal fine dichiarare 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.....