

## DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'ASSEGNO DI STUDIO PER I FIGLI DI DECEDUTI O INABILI AL LAVORO

Art. 12 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)

(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

l'assegnazione dell'assegno di studio per i figli di deceduti o inabili al lavoro previsto dall'art. 12 e ss. 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

che il richiedente non beneficia di ulteriori assegni o borse di studio, premi o sussidi, da chiunque erogati in relazione alla frequenza scolastica o universitaria e (*barrare le voci che interessano*):

- è regolarmente iscritto alla scuola secondaria di primo grado e non è ripetente;
- è regolarmente iscritto alla scuola secondaria di secondo grado e non è ripetente;
- non ha compiuto i 25 anni di età, è regolarmente iscritto al primo anno o agli anni successivi dei corsi di laurea ed ha sostenuto almeno i 3/5 degli esami previsti per ciascun anno del corso;
- è orfano di entrambi i genitori;
- è figlio di Biologo che alla data del decesso o della maturazione del diritto alla pensione di inabilità esercitava in via esclusiva l'attività libero professionale;

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)*

Il contributo dovrà essere corrisposto con le seguenti modalità:

codice IBAN bancario

Paese	Chek	Cin	ABI	CAB	N. CONTO

ATTENZIONE: Indicare gli estremi di un c/c intestato al beneficiario, se minorenne e non titolare di c/c indicare gli estremi del c/c dell'iscritto richiedente.

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 di iscrizione 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 di iscrizione e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o 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. 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 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](mailto: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)*