

## 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

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Nato/a a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Nazionalità</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Sesso</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Via/Piazza</b>	<b>Civico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CAP</b>	<b>Telefono</b>	<b>Cellulare</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Di essere stato iscritto all'Albo dell'Ordine Nazionale dei Biologi</b>		<b>Dal</b>	<b>Al</b>
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E-mail</b>		<b>Matricola ENPAB</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>e-mail *PEC</b>			
<input type="text"/>			

### 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

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Nato/a a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Nazionalità</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Sesso</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### 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' DÌ ALTRO TRATTAMENTO PENSIONISTICO ESCLUDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PENSIONE IN REGIME DÌ 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 2015

(artt. 11, 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 917)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ i l \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ e con domicilio fiscale in \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

Cod. 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 perchè intende usufruire in sede di dichiarazione dei redditi ovvero perchè 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 gli ulteriori dati richiesti)

- PER REDDITO DA PENSIONE
- PER CONIUGE A CARICO (non legalmente ed effettivamente separato) - (vedi note 1 e 2)  
Cod. Fisc. /\_/

- PER FIGLIO A CARICO (vedi note 1 e 2)

(barrare le caselle corrispondenti al numero dei figli e alla misura percentuale)

<input type="checkbox"/> n. ____ figli < di 3 anni	<input type="checkbox"/> n. ____ figli > di 3 anni	<input type="checkbox"/> n. ____ figli portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 L. 104/92
--	--	---

Cod. Fisc. /\_/  
Cod. Fisc. /\_/  
Cod. Fisc. /\_/  
Cod. Fisc. /\_/

- PER ALTRI FAMILIARI A CARICO (vedi note 1 e 3)  
n. \_\_\_\_ altri familiari nella seguente misura percentuale : |\_| 100% |\_| 50% |\_| \_\_\_\_%

Cod. Fisc. /\_/  
Cod. Fisc. /\_/ Cod. Fisc.  
/\_/

- tal fine dichiara che il proprio reddito complessivo presunto per l'anno è pari ad Euro \_\_\_\_\_,00  
(vedi nota 4)

Il/La dichiarante autorizza, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, l'Ente di Previdenza e Assistenza E.N.P.A.B. 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 \_\_\_\_\_