

RACCOMANDATA

Spettabile
**ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA
ED ASSISTENZA PER GLI PSICOLOGI**
Via Andrea Cesalpino, 1
00161 ROMA RM

Oggetto: domanda per l'attribuzione di un'indennità in favore di iscritti che a causa di malattia o infortunio non hanno esercitato la professione in modo assoluto per un periodo non inferiore ai tre mesi ai sensi dell'art. 12 e seguenti del Regolamento per le Forme di Assistenza

Il/La sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza ai sensi di quanto previsto dall'art. 46 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ prov. ____ CAP _____,
in via/piazza _____ n. _____,
tel. numero ____/____, e-mail _____
codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| in qualità di iscritto/a all'Ente

CHIEDE

la corresponsione di un'indennità di malattia o infortunio di cui all'art. 12 e seguenti del Regolamento per le Forme di Assistenza per l'anno _____ (indicare l'annualità in relazione alla quale si richiede il contributo).

A tal fine **dichiara:**

- di essere iscritto all'Enpap da oltre due anni (non pensionato) e di non aver potuto esercitare la professione in modo assoluto a causa di malattia nel corso dell'anno;
(o in alternativa)
 di essere iscritto all'Enpap (anche pensionato) e di non aver potuto esercitare la professione in modo assoluto a causa di infortunio;

- che il periodo di interruzione forzata dell'attività professionale si è verificata:
dal __/__/__ al __/__/__;
dal __/__/__ al __/__/__;
e risulta complessivamente pari a mesi _____.

- di non aver goduto, nello stesso periodo o parte di esso, dell'indennità di maternità;
(o in alternativa)
 di aver goduto, nello stesso periodo o parte di esso, dell'indennità di maternità;

- di esercitare in maniera esclusiva la libera professione;
(o in alternativa)
 di non esercitare in maniera esclusiva la libera professione.

che il suo stato di famiglia risulta essere così composto:

cognome e nome	grado di parentela	luogo di nascita	data di nascita

L'indennità di cui sopra dovrà essere corrisposta con le seguenti modalità (barrare la modalità prescelta):

accreditamento in c/c intrattenuto presso:

Intestazione C/C						
Banca						
Coordinate IBAN	CODICE PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO CORRENTE

ATTENZIONE: indicare gli estremi di un c/c intestato esclusivamente, o almeno cointestato, al nominativo di chi richiede il contributo

(o in alternativa)

assegno circolare non trasferibile intestato al/alla sottoscritto/a e da recapitarsi tramite servizio postale al seguente domicilio:

via/piazza _____ n. _____

CAP _____ città _____ prov. _____

Il/La sottoscritto/a esonera l'Enpap da ogni responsabilità per l'eventuale smarrimento dell'assegno o l'illecita riscossione dello stesso da parte di terzi non autorizzati.

data ____/____/____ firma _____

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda i seguenti documenti :

- modello ISEE del nucleo familiare del richiedente, riferito all'anno precedente la presentazione della domanda di erogazione del contributo, redatto presso un CAAF-Centro Autorizzato di Assistenza Fiscale (vedere note allegate);
- relazione del medico legale ovvero di un primario ospedaliero, in originale, attestante la durata e la natura della malattia o dell'infortunio;
- fotocopia di un documento di riconoscimento (se la domanda non viene presentata direttamente agli uffici).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____, ai sensi dell'art. 23 del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, vista l'informativa fornita dall'Enpap e acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del medesimo decreto, autorizza e consente espressamente a che i dati raccolti e in particolare quelli considerati sensibili dall'art. 4, comma 1 lettera d), possano costituire oggetto di trattamento per le finalità indicate nella informativa allegata.

data ____/____/____ firma _____

PROMEMORIA PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA DI INDENNITÀ DI MALATTIA

(ai sensi dell'art. 12 e seguenti del Regolamento per le Forme di Assistenza)

La domanda, redatta in carta semplice, dovrà essere consegnata a mano o inviata, a mezzo raccomandata, presso gli Uffici dell'Ente siti a Roma (00161) in via Andrea Cesalpino n. 1. Per la spedizione farà fede il timbro postale.

Si ricorda che la domanda deve essere datata, firmata (domanda e dichiarazione di consenso) e corredata dalla copia fronte-retro di un valido documento di identità nel caso in cui venga spedita o comunque non venga consegnata personalmente presso gli Uffici dell'Ente.

Per quanto riguarda gli eventi verificatisi prima dell'entrata in vigore del Regolamento per le Forme di Assistenza e comunque nell'anno 2007, l'erogazione dell'indennità avverrà in due differenti e distinti periodi di tempo:

- in una prima fase, verranno esaminate le domande presentate entro il **31 ottobre 2008**;
- in una seconda fase, verranno esaminate le domande che potranno essere presentate entro il **16 febbraio 2009**.
Tale secondo termine è da considerarsi il termine ultimo, a pena di decadenza, per la presentazione delle domande relative agli eventi verificatisi nell'anno 2007.

Il **modulo ISEE** dovrà essere riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda. Si precisa che per le scadenze del 31 ottobre 2008 e 16 febbraio 2009 dovrà essere riferito all'anno 2007.

Per quanto riguarda la domanda relativa all'indennità per l'anno 2008 dovrà essere presentata, a pena di inammissibilità, entro un anno dalla data di maturazione dei requisiti. Fermo restando l'obbligo di presentare la domanda entro il termine di cui sopra, l'Ente procederà, per la presente annualità, all'esame delle domande che saranno presentate entro il **30 giugno 2009**.

Il **modulo ISEE** dovrà essere riferito all'anno precedente a quello di presentazione della domanda. Pertanto, in riferimento alla scadenza del 30 giugno 2009, il modulo ISEE dovrà essere riferito all'anno 2008.

Per maggiori informazioni, nell'invitare a contattare gli Uffici dell'Ente dal lunedì al venerdì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 e nei pomeriggi di lunedì, mercoledì e venerdì dalle ore 14.30 alle ore 16.00 al numero **848780503** (al costo di una chiamata urbana con esclusione del distretto di Roma e dei telefoni cellulari che dovranno chiamare il numero 069774861), ricordiamo che sul **www.enpap.it** sono consultabili il Regolamento per le Forme di Assistenza e il relativo Bando.

Alcune informazioni sul modello ISEE

L'ISEE (indicatore di situazione economica equivalente) è uno strumento - introdotto dalla legge 27 dicembre 1997, n. 449 e relativi provvedimenti attuativi - che, tenendo conto di tre elementi quali la componente reddituale, la componente patrimoniale e la composizione del nucleo familiare, consente di ottenere un valore numerico che esprime la condizione economica del nucleo familiare e quindi consente di realizzare in maniera agevole un confronto fra le situazioni economiche e patrimoniali di più soggetti.

Per ottenere l'attestazione ISEE è necessario compilare la dichiarazione sostitutiva unica, che è composta da un modello base prestabilito con un numero di fogli allegati pari al numero di componenti il nucleo familiare. Si tratta di un'autocertificazione che il cittadino presenta presso gli "sportelli abilitati", che provvedono a restituire l'attestazione e a trasmettere i dati al sistema informativo dell'ISEE istituito presso l'INPS.

Gli sportelli abilitati a rilasciare l'attestazione ISEE sono: le sedi INPS competenti per territorio e i centri di assistenza fiscale (CAAF-Centri Autorizzati di Assistenza Fiscale). Anche alcuni Comuni e patronati sono attivi per il rilascio di tali attestazioni.

Per maggiori informazioni invitiamo gli interessati a consultare la sezione Assistenza presente nel sito dell'Ente (<http://www.enpap.it/assistenza.asp>) oppure il sito dell'INPS alla pagina <https://servizi.inps.it/servizi/isee/default.htm>.