



ENPAP
Ente Nazionale di Previdenza ed
Assistenza per gli Psicologi

Mod. StatoBisogno
in vigore dal 01/01/2026

Spazio riservato all'Ente

Spettabile
**ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA
ED ASSISTENZA PER GLI PSICOLOGI**

Il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, deve essere trasmesso esclusivamente mediante caricamento nell'Area Riservata (unico canale previsto per l'invio)

Oggetto: domanda per l'attribuzione di un sussidio per stato di bisogno ai sensi dell'art. 40 e seguenti del Regolamento delle 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).

La/Il sottoscritto/a _____

nata/o a _____ prov. ____ il ____/____/____

residente a _____ prov. ____ CAP _____,

in via/piazza _____ n. _____,

tel. numero ____/____ codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email _____ PEC _____

in qualità di iscritta/o all'ENPAP

ovvero

in qualità di pensionata/o diretta/o dell'ENPAP

ovvero (in caso di decesso dell'iscritto)

(da compilare laddove la richiesta venga presentata da coniuge, figli minori o inabili al lavoro, familiari conviventi entro il 2° grado ed a carico al momento del decesso, i figli che non abbiano diritto a trattamento previdenziale ENPAP)

In qualità di _____ del Dott.ssa/Dott. _____

(Attenzione: nel caso di soggetti facenti parte dello stesso nucleo familiare, il sussidio può essere richiesto da uno solo di essi, dagli altri a tal fine delegato).

CHIEDE

la corresponsione di un sussidio per lo stato di bisogno di cui all'art. 40 e seguenti del Regolamento delle forme di assistenza per l'anno 2026.

L'Ente si riserva di richiedere ulteriore documentazione a corredo della richiesta, ai fini di una più esaustiva ed approfondita istruttoria della stessa.

data ___/___/_____

firma _____

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE INFORMATIVA PRIVACY

La/Il sottoscritta/o dott.ssa/dott. _____, dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dall'ENPAP ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 in materia di privacy ("GDPR – General Data Protection Regulation").

data ___/___/_____

firma _____

Attenzione! Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte, datato, firmato (domanda e dichiarazione di presa visione informativa privacy) e completato allegando la documentazione richiesta.