ENPAP
Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi

Mod.IndennitàGravidanzaRischio_2024_02

Via Andrea Cesalpino, 1 - 00161 ROMA
Numero Verde 800410444

welfare@pec.enpap.it

Spazio riservato all'Ente

Richiesta indennità di maternità per gravidanza a rischio

(art. 2, comma 1, lettera v), D.Lgs. n. 105/22)

Importante!
La domanda dovrà essere inviata **esclusivamente** tramite posta elettronica certificata (**PEC**) all'indirizzo **welfare@pec.enpap.it** a partire dall'evento del parto ed entro, e non oltre, i 180 giorni successivi

DATI ANAGRAFICI

La sottoscritta _____ _____
cognome *nome*

nata a _____ (____) il |__|__|__|__|__|__|__|__|
città *prov.* *gg mm anno*

residente a _____ (_____) _____
città *prov.* *Cap*

in _____ _____
via/piazza/corso *n.ro*

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

RECAPITI E DOMICILIO CORRISPONDENZA

indirizzo email _____

indirizzo email PEC _____

recapiti telefonici: cellulare _____ fisso _____

domicilio corrispondenza (*compilare solo se l'indirizzo è diverso da quello di residenza*)

_____ _____ (_____) _____
presso *città* *prov.* *cap*

in _____ _____
via/piazza/corso *n.ro*

La Sottoscritta 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).

CHIEDE, in qualità di iscritta ENPAP, di poter accedere all'indennità di maternità per gravidanza a rischio di cui al Capo XII, art. 70 del D. Lgs. 26 marzo n. 151, come modificato dal D. Lgs. n. 105/2022, art. 2, lettera v.

A tal fine, comunica:

- data di inizio della gravidanza |__|__|__|__|__|__|__|__|
  gg mm anno
- data effettiva del parto |__|__|__|__|__|__|__|__|
  gg mm anno
- data di inizio del periodo di gravidanza a rischio |__|__|__|__|__|__|__|__|
  gg mm anno
- data di fine del periodo di gravidanza a rischio |__|__|__|__|__|__|__|__|
  gg mm anno

DICHIARA:

(barrare l'ipotesi che ricorre)

☐ di presentare domanda di indennità per gravidanza a rischio per la prima volta, allegando la documentazione rilasciata in data __/__/____ dalla ASL di competenza, ai sensi dell'art. 17, comma 2, lettera a), attestante l'astensione anticipata dal lavoro;

ovvero

☐ di presentare domanda a titolo di proroga della precedente richiesta trasmessa in data __/__/____, per il periodo di gravidanza a rischio iniziato il __/__/____ e terminato il __/__/____, comprovato dalla documentazione rilasciata in data __/__/____ dalla ASL di competenza, ai sensi dell'art. 17, comma 2, lettera a), attestante l'astensione anticipata dal lavoro.

(barrare la/le ipotesi che ricorre/ono)

☐ che, per il periodo da cui deriva la presente domanda, non ha diritto ad altra indennità erogabile allo stesso titolo da altro Ente o Istituto di previdenza;

☐ che il periodo sopra indicato non è stato oggetto di altra copertura obbligatoria per effetto di un rapporto di lavoro dipendente;

☐ che il periodo sopra indicato è stato oggetto di altra copertura per lo stesso titolo dal _____/____/_____ al _____/____/_____, presso il seguente Ente _____, ovvero dallo stesso ENPAP a titolo di indennità di malattia o infortunio (Capo III – Regolamento delle forme di assistenza).

DICHIARA, altresì, di:

- impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ENPAP eventuali variazioni riguardanti la propria posizione che possano incidere sul diritto e/o sul calcolo della prestazione spettante (es: sottoscrizione di un contratto di lavoro dipendente e/o assoggettamento ad altra forma di previdenza obbligatoria ovvero ad altra forma assistenziale prevista dall'ENPAP);

- di essere in regola con gli adempimenti in materia di comunicazione reddituale e di versamenti nei confronti dell'Ente, in conformità alle previsioni regolamentari dell'ENPAP.

CHIEDE che l'indennità eventualmente riconosciuta, le venga corrisposta mediante accreditamento sul conto corrente[1] ***(è necessario che la richiedente sia intestataria o cointestataria del conto corrente)***:

IBAN	**CODICE PAESE**	**CHECK DIGIT**	**CIN**	**ABI**	**CAB**	**NUMERO CONTO CORRENTE**
Intestatario c/c						
Banca						

[1] *Per modificare l'IBAN, accedere alla sezione "Anagrafica" presente in Area Riservata e selezionare la voce "Cambio IBAN" e modificare il dato.*

La Sottoscritta allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- documentazione rilasciata dalla ASL di competenza ai sensi dell'art. 17, comma 2, lettera a), attestante l'astensione anticipata dal lavoro con indicazione del periodo certificato;

- fronte-retro di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Infine, con riferimento alla documentazione allegata, **DICHIARA**:

- che, ai sensi e per gli effetti degli artt. 19 e 47 del DPR N. 445/2000, i documenti informatici allegati sono conformi all'originale;

- di impegnarsi a trasmettere, qualora espressamente richiesto dall'Ente, l'originale della documentazione rilasciata dalla ASL nella consapevolezza che l'assenza dei requisiti autocertificati per accedere all'indennità per gravidanza a rischio, qualora accertata anche successivamente alla relativa erogazione, comporterà la decadenza dal beneficio richiesto.

data ____/____/_____ firma _____

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE INFORMATIVA PRIVACY

La sottoscritta _____, dichiara di aver preso visione dell'informativa fornita dall'ENPAP (v. “”Allegato 2”), ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 in materia di privacy (“GDPR – General Data Protection Regulation”).

data __/____/_____ firma _____