



ENPAP
Ente Nazionale di Previdenza ed
Assistenza per gli Psicologi

ENPAP

Mod. Indennità Gravidanza Rischio_2025

Via Cesare Beccaria, 94/96 - 00196 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 il provvedimento di interdizione al lavoro rilasciato in data __/__/____ dalla ASL di competenza, ai sensi dell'art. 17, co 2, lett. 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, lett. 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 accredito sul conto corrente¹ *(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, selezionare la voce "Cambio IBAN" e modificare il dato.

La Sottoscritta allega alla presente domanda i seguenti documenti:

- provvedimento di interdizione al lavoro rilasciato dalla ASL di competenza ai sensi dell'art. 17, co 2, lett. 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 _____