



ENPAP
Ente Nazionale di Previdenza ed
Assistenza per gli Psicologi

Mod. StatoBisogno
in vigore dal 31/05/2019 al 31/12/2019

Via Andrea Cesalpino, 1 - 00161 ROMA
Telefono 06/9453261
welfare@pec.enpap.it
www.enpap.it

Spazio riservato all'Ente

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

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).

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. ____ il ____/____/____
residente a _____ prov. ____ CAP _____,
in via/piazza _____ n. _____,
tel. numero ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
email _____ PEC _____

in qualità di iscritto/a all'ENPAP

ovvero (in caso di decesso dell'iscritto)

(da compilare laddove la richiesta venga presentata da coniuge, i figli minori o inabili al lavoro, i 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./dott.ssa _____

(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 2019.

A tal fine **dichiara**:

- che il periodo in cui si è verificata la condizione che ha causato lo stato di bisogno è da ricondurre al _____;
- di essere iscritto/a all'ENPAP e di essere in regola con gli adempimenti in materia di comunicazione reddituale e di versamenti, eccetto per le richieste di sussidio presentate in caso di decesso dell'iscritto;
- che il reddito imponibile del nucleo familiare, conseguito nell'anno precedente la domanda (2018), non è superiore a 7 volte l'importo dell'assegno sociale in vigore nel medesimo anno, ovvero non è superiore a € 41.223,00; *(Considerare anche i redditi percepiti dall'eventuale coniuge o componenti del nucleo familiare del richiedente)*

- che le particolari e straordinarie circostanze, a causa delle quali si è determinato lo stato di bisogno, sono di seguito descritte:

Il contributo di cui sopra dovrà essere corrisposto con accredito 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

Il richiedente si impegna a trasmettere la documentazione di seguito elencata entro 30 giorni dall'invio della presente domanda:

- fotocopia fronte-retro di un valido documento di riconoscimento del richiedente (se la domanda non viene presentata direttamente agli uffici).
- copia completa della dichiarazione fiscale riferita all'anno precedente la presentazione della domanda ovvero relativa all'ultimo anno fiscale disponibile, nonché quella del coniuge e/o componenti del nucleo familiare se per questi ultimi sono stati considerati i relativi redditi nella determinazione dell'imponibile IRPEF complessivo;
- certificato medico in originale attestante l'inabilità temporanea o permanente dell'iscritto allo svolgimento dell'attività lavorativa;
- in caso di decesso dell'iscritto:** in aggiunta alla suddetta documentazione certificato di morte o autocertificazione (ove non inviato già in precedenza) e delega degli eventuali componenti il nucleo familiare nei confronti del richiedente.

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

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____, dichiara di aver preso visione dell'acclusa 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 dovrà essere restituito compilato in ogni sua parte, dato, firmato (domanda e dichiarazione di presa visione informativa privacy) e allegando la documentazione richiesta.