



- che il reddito imponibile del nucleo familiare, conseguito nell'anno precedente la domanda (2023), non è superiore a 7 volte l'importo dell'assegno sociale in vigore nel medesimo anno, ovvero non è superiore a € 45.797,57;  
(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:

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

**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:

- fotocopia fronte-retro di un valido documento di riconoscimento del richiedente;
- 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;
- copia del modello **ISEE corrente** relativo al nucleo familiare (documento facoltativo);
- certificato medico attestante lo stato di grave disabilità del coniuge o dei figli conviventi ovvero comprovante la prolungata sospensione o riduzione forzata dell'attività professionale del richiedente a causa di malattia o infortunio;
- in caso di decesso dell'iscritto o del pensionato:** in aggiunta alla suddetta documentazione, certificato di morte 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'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, datato, firmato (domanda e dichiarazione di presa visione informativa privacy) e allegando la documentazione richiesta.