

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO A FAVORE DEGLI ISCRITTI CON FIGLI PORTATORI DI HANDICAP

Artt. 27 e ss. Regolamento Unico per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Residente a

Prov.

Via/Piazza

Civico

CAP

Telefono

e-mail

PEC

IN QUALITÀ DI

(barrare la voce che interessa)

Iscritto all'ENPAB

Titolare di pensione cui all'art. 1 comma 8 del Regolamento di Disciplina delle funzioni di Previdenza

portatore di handicap o malattie invalidanti, orfano dell'iscritto/pensionato ENPAB:

Cognome

Nome

Data di Nascita

Codice Fiscale

CHIEDE

l'erogazione del contributo a favore degli iscritti con figli portatori di handicap previsto dall'art. 27 del Regolamento Unico per l'erogazione delle prestazioni assistenziali per la/le seguente/i persona/e:

1)

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Cognome

Nome

2)

Nato/a a	Prov.	Nazionalità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di Nascita	Codice Fiscale	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3) **Cognome**

<input type="text"/>	Prov.	Nome
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nato/a a	Codice Fiscale	Nazionalità
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data di Nascita		Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA
(barrare la voce che interessa)

in quanto **ISCRITTO/PENSIONATO ENPAB**

- l'esistenza in vita del_/dei figlio/i

1)

2)

3)

- che l'altro genitore non ha usufruito del medesimo beneficio presso l'ENPAB o altro ente di

Previdenza

in quanto **PORTATORE DI HANDICAP** o malattie invalidanti, orfani dell'iscritto/pensionato ENPAB, la propria esistenza in vita

AUTORIZZA

l'ENPAB all'accredito dell'assegno riconosciuto sul conto corrente bancario intestato al richiedente o, per i minori o coloro che siano stati dichiarati incapaci, al genitore/tutore/curatore:

Paese	Check Digit	ABI	CAB	Numero Conto Corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allega:

- copia della certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, come previsto dall'art. 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 (**Il certificato deve essere allegato solo nel caso di prima richiesta o in caso di richiesta presentata in data successiva a quella di revisione indicata nel certificato già trasmesso all'Ente**)
- copia Fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità

DATA

FIRMA

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati", la informiamo che, i dati e le informazioni richiesti con la presente domanda di iscrizione saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica e sempre nei limiti necessari per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione o dell'ENPAB e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici, delle ulteriori funzioni istituzionali attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. In nessun caso i dati forniti saranno oggetto di comunicazione a soggetti residenti o comunque collocati in paesi esteri. Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto renderebbe infatti impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi previsti dalla normativa in materia di previdenza obbligatoria. In ogni momento la S.V. potrà accedere ai dati da Lei forniti e chiederne la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione a mezzo di una comunicazione all'indirizzo mail dirittiprivacy@enpab.it. Titolare del trattamento è ENPAB, Via di Porta Lavernale 12 - 00153 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro tempore dell'Ente.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, letta e compresa in ogni sua parte l'informativa fornita ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, presta il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'ENPAB per le finalità e nei limiti specificati nell'informativa predetta.

DATA

FIRMA