

Il presente modulo deve essere inviato all'Ente scegliendo una delle seguenti modalità: (PEC; Racc. A/R o Consegnata a mano)

RICHIESTA DI ASSEGNO DI INVALIDITÀ

A tal fine consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità dichiara ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000

Dati anagrafici			
Cognome		Nome	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
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"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residente a	Prov.	Via/Piazza	Civico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CAP	Telefono	Cellulare	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Matricola ENPAB			
<input type="text"/>			
E-mail	<input type="text"/>		
e-mail *PEC	<input type="text"/>		

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire dell'assegno d' invalidità ai sensi degli artt. 18- 19 e 22 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza ENPAB

Allega alla presente:

1. Documentazione sanitaria rilasciata da struttura pubblica in data recente (non antecedente 6 mesi dalla data della domanda) comprovante lo stato di salute attuale, comprensivo di dati anagrafici, patologie invalidanti e tipologia di menomazione (dati clinici e diagnosi) e dalla quale possa essere desunta una riduzione permanente della capacità lavorativa a meno di 1/3 (66%)
In assenza di idonea documentazione sanitaria l'iscritto potrà accedere comunque alle prestazioni dopo essersi sottoposto su sua richiesta a visita presso i medici legali fiduciari dell'ENPAB.
In caso di visita medica l'iscritto dovrà comunque esibire la documentazione sanitaria in suo possesso.
2. Dichiarazione di non essere soggetto ad altre forme di previdenza obbligatorie per i periodi di iscrizione all'ENPAB
3. Dichiarazione di non essere titolare di altro trattamento pensionistico
4. Autocertificazione attestante l'inesistenza di trattamenti a carico dell'INAIL

Il/La sottoscritto/a chiede che le mensilità di assegno d' invalidità siano accreditate sul conto corrente:

bancario postale intestato cointestato

Codice Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE		

Il/La sottoscritto/a ai sensi del D.LGS. n. 196 del 30/06/2003 esprime il proprio consenso a che i dati vengano utilizzati ai fini istituzionali e non costituiscono oggetto di divulgazione o diffusione se non per comunicazioni alle autorità competenti.

Data

Firma

Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di Notorietà

(DPR 445 DEL 28 DICEMBRE 2000)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Codice Fiscale _____

Consapevole, a norma dell'art. 26 della Legge n. 15 del 04/01/1968, delle conseguenze penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atti falsi

Dichiara che

(barrare con una X)

- non gode di altri trattamenti di pensione
- Gode di pensione della seguente natura a carico/erogato _____ con decorrenza dal _____
- non ha svolto né svolge attività per le quali è riconosciuto un altro trattamento di pensione
- Ha svolto e/o svolge le seguenti attività per le quali è riconosciuto un altro trattamento di pensione (indicare il tipo di attività ed i periodi)

Allega ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di un documento di riconoscimento

(tipo di documento) _____ numero _____

rilasciato da _____ in data _____

Letto, confermato e sottoscritto

Data e luogo

Firma

Dichiarazione per le Detrazioni Fiscali per l'anno **2023**

(art. 11, 12 e 13 del D.P.R. 22/12/1986 n. 917)

Il sottoscritto		Cod. Fisc.:
Luogo di nascita		Nato il :
Residente in		
Residenza al 01/01/2023 (1)		
Stato Civile		

Consapevole delle pene previste in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci (art. 48 del D.P.R. 28/12/2000 n.445)

Dichiara

- Di non voler** usufruire per l'anno in corso di alcuna detrazione perché intende usufruire in sede di dichiarazione dei redditi ovvero perché ne usufruisce già in virtù di un diverso rapporto di lavoro dipendente e/o di pensione. (Scegliendo questa opzione tutte le pensioni erogate nell'anno solare 2023 verranno decurtate delle trattenute irpef, senza alcuna applicazione delle detrazioni)

Oppure

DICHIARA DI AVER DIRITTO ALLE SEGUENTI DETRAZIONI
(barrare le caselle corrispondenti e completare con ulteriori dati richiesti)

- Per Reddito da Pensione
- Per Coniuge a carico (non legalmente ed effettivamente separato)

Codice Fiscale

- DETRAZIONI PER FIGLI E ALTRI FAMILIARI A CARICO (2)**, sulla base dei seguenti dati:

- n. figli a carico al [] 100% o al [] 50%

Cognome e nome	Codice fiscale	Portatore di handicap (si/no)

- n. altri familiari a carico al [] 100% o al [] 50%
- mancanza dell'altro genitore (3) : SI' [] NO []

Data.....

Firma

1 Da compilare solo in caso di variazione di residenza avvenuta a partire dal 3 novembre dell'anno precedente. Si ricorda infatti che gli effetti della variazione della residenza decorrono dal sessantesimo giorno successivo a quello in cui si è verificata. Pertanto se la variazione è avvenuta a partire dal 3 novembre dell'anno precedente, indicare la precedente residenza.

2 L'indicazione dei codici fiscali è obbligatoria. **A decorrere dal 1° marzo 2022 le detrazioni per figli a carico spettano solo per figli di età pari o superiore a 21 anni.** Se lo spazio non è sufficiente allegare alla presente un foglio con gli ulteriori c.f.

3 E' possibile applicare per il primo figlio se più conveniente la detrazione per il coniuge a carico nel caso in cui l'altro genitore manca.