



Ufficio Contributi e Prestazioni
Via di Porta Laverna, 12 - 00153 R O M A
Tel. 06/45547011 Fax 06/45547036
e-mail pec: protocollo@pec.enpab.it

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

DOMANDA PENSIONE DI INABILITÀ

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					
Nato/a a						Prov.		Nazionalità			
Data di nascita		Codice Fiscale				Prov.		Via/Piazza		Sesso M F	
Residente a						Prov.		Via/Piazza		Civico	
CAP		Telefono		Cellulare		Prov.		Via/Piazza		Civico	
Di essere cancellato dall'ENPAB dal				Di essere cancellato dall'Ordine Nazionale dei Biologi dal							
E-mail											
e-mail *PEC											

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire della pensione d'inabilità ai sensi degli artt. 20- 21 e 22 del Regolamento di Disciplina delle Funzioni di Previdenza E.N.P.A.B.

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 assoluta e permanente perdita della capacità lavorativa (100%)
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 della pensione d' inabilità siano accreditate sul conto corrente:

- bancario postale intestato cointestato

Codice Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE		

Il/la sottoscritto/a a 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 da _____
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.