

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ DI MATERNITÀ

Art. 70 e ss. D.lgs. 26/03/2001, n. 151

DATI ANAGRAFICI

La/il sottoscritta/o

Cognome

Nome

Nata/o a

Prov.

Nazionalità

Data di Nascita

Codice Fiscale

Sesso

Residente a

Prov.

Via/Piazza

Civico

CAP

Telefono

/

e-mail

PEC

CHIEDE

l'erogazione dell'indennità di maternità disciplinata dall'art. 70 e ss. del D.lgs. 26/03/2001 per il caso di: **(barrare l'ipotesi che ricorre)**

GRAVIDANZA E PUERPERIO (art. 70 Dlgs 151/2001)

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA spontanea o volontaria nei casi previsti dagli articoli 4, 5 e 6 della legge 22 maggio 1978, n. 194 (art. 71, terzo comma e 73 Dlgs 151/2001)

ADOZIONE / AFFIDAMENTO (art. 72 Dlgs 151/2001)

MORTE O DI GRAVE INFERMITÀ DELLA MADRE ovvero di abbandono, nonché in caso di affidamento esclusivo del bambino al padre (art. 70, comma 3ter, Dlgs 151/2001)

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

GRAVIDANZA E PUEPERIO (art. 70 Dlgs 151/2001)

(barrare l'ipotesi che ricorre)

di aver compiuto il sesto mese di gravidanza. Data presunta del parto: ^g ^g / ^m ^m / ^a ^a ^a ^a

di aver partorito in data: ^g ^g / ^m ^m / ^a ^a ^a ^a

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA SPONTANEA O VOLONTARIA

nei casi previsti dagli articoli 4, 5 e 6 l. 22 maggio 1978, n. 194
(art. 71, terzo comma e 73 Dlgs 151/2001)

- di aver diritto all'indennità di maternità riconosciuta in caso di interruzione di gravidanza dagli articoli 4, 5 e 6 della legge 22 maggio 1978, n. 194 intervenuta: (barrare l'ipotesi che ricorre)

Non prima del **TERZO MESE** di gravidanza (art. 73 Dlgs 151/2001)

dopo il compimento del **SESTO MESE** di gravidanza (art. 71, terzo comma Dlgs 151/2001)

ADOZIONE / AFFIDAMENTO (art. 72 Dlgs 151/2001)

- di aver diritto all'indennità di maternità per il verificarsi della seguente condizione legittimante prevista dall'art. 72, Dlgs 151/2001

(barrare l'ipotesi che ricorre)

Adozione di minore

Affidamento di minore

- che l'ingresso effettivo del minore nella famiglia è avvenuto in data ^g ^g / ^m ^m / ^a ^a ^a ^a

MORTE O DI GRAVE INFERMITÀ DELLA MADRE OVVERO DI ABBANDONO, NONCHÉ IN CASO DI AFFIDAMENTO ESCLUSIVO DEL BAMBINO AL PADRE

(art. 70, comma 3ter, Dlgs 151/2001)

- di aver diritto all'indennità di maternità per il verificarsi della seguente condizione legittimante il padre del bambino prevista dall'art. 70, comma ter, Dlgs 151/2001

(barrare l'ipotesi che ricorre)

morte o grave infermità della madre

abbandono da parte della madre

affidamento esclusivo al padre

INESISTENZA DEL DIRITTO AD ALTRE INDENNITÀ DI MATERNITÀ

(barrare l'ipotesi che ricorre)

di **NON AVER DIRITTO** per l'evento di cui alla presente domanda ad altro trattamento di indennità di maternità per non essere (contestualmente) lavoratore dipendente, autonomo, imprenditore agricolo artigiano e commerciante (capo 3 e capo 11 Dlgs 26/03/2001 n. 151) e non beneficiare altresì di alcuna indennità di cui all'accordo collettivo nazionale per i biologi convenzionati a tempo indeterminato.

di **NON AVER PERCEPITO** alcuna indennità di cui all'accordo collettivo nazionale per i biologi convenzionati a tempo determinato.

di **AVER PERCEPITO** ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per i biologi convenzionati a tempo indeterminato un indennizzo spettante a titolo di astensione obbligatoria per maternità fino a un periodo massimo di 14 settimane.

di **AVER DIRITTO** in quanto lavoratrice part-time all'integrazione fino all'importo minimo dell'indennità di maternità.

REGIME FISCALE – APPLICAZIONE DELLA RITENUTA A TITOLO DI ACCONTO IRPEF

- che l'importo dell'indennità spettante come determinata ai sensi degli art. 71,72 e 73 del Dlgs 151/2001

NON DEVE ESSERE ASSOGGETTATO alla ritenuta di acconto IRPEF prevista dagli artt. 23 e ss. del DPR 600/73 in quanto l'istante ha aderito al seguente regime fiscale (barrare l'opzione che ricorre)

Regime fiscale di vantaggio per l'imprenditoria giovanile e lavoratori in mobilità (**EX MINIMI**) (art. 27, commi 1 e 2, del D.L. 6 luglio 2011, n. 98)

Regime FORFETARIO (art. 1, commi dal 54 a 89, della legge n.190 del 23 dicembre 2014)

DEVE ESSERE ASSOGGETTATO alla ritenuta di acconto IRPEF prevista:

per i redditi **fiscalmente assimilati al lavoro dipendente** dall' art. 24 del DPR 29/9/1973, n. 600 (Collaborazioni coordinate e continuative, Specialisti Ambulatoriali a tempo indeterminato)

per i redditi da **lavoro autonomo** dall' art. 25 del DPR 29/9/1973, n 600 (Partita IVA individuale, lavoro occasionale, esercizio in forma associata/societaria)

AUTORIZZAZIONE ALL' ACCREDITO DELL'INDENNITÀ DI MATERNITÀ

AUTORIZZA

l'ENPAB all'accredito dell'indennità di maternità sul seguente conto corrente bancario intestato al/alla richiedente:

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

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

GRAVIDANZA E PUEPERIO:

- DOMANDA PRESENTATA **PRIMA DEL PARTO**: certificato medico comprovante la data di inizio della gravidanza e quella presunta del parto.
- DOMANDA PRESENTATA **DOPO IL PARTO**: estratto di nascita del bambino dal quale risulti evidenza delle generalità complete dei genitori.

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

- certificato medico, rilasciato dalla struttura Sanitaria Pubblica che ha fornito le prestazioni sanitarie, comprovante il giorno dell'avvenuta interruzione della gravidanza, spontanea o volontaria, ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 194 nonché il mese di gestazione

ADOZIONE / AFFIDAMENTO

- copia autentica del provvedimento di adozione o di affidamento

ALLEGARE 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 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 delle ulteriori funzioni istituzionali dell'ENPAB attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. 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

La/il sottoscritta/o, 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

Certificazione per l'Esercizio dell'Attività Professionale

DATI ANAGRAFICI

<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<i>Nata/o/a</i>	<i>Prov.</i>	<i>Nazionalità</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<i>Data di Nascita</i>	<i>Codice Fiscale</i>	<i>Sesso</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<i>Residente a</i>	<i>Prov.</i>	<i>Via/Piazza</i>	<i>Civico</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>CAP</i>	<i>Telefono</i>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<i>Pec</i>			
<input type="text"/>			

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

1. Di essere iscritto all'ENPAB in relazione al regolare esercizio della propria attività professionale, nel rispetto dei requisiti di legge e delle disposizioni regolamentari vigenti;
2. Che alla data della presente dichiarazione, sussistono tutte le condizioni – di effettivo esercizio Dell'attività professionale di Biologo e regolare iscrizione al Collegio territoriale di appartenenza – che legittimano l'obbligatorietà del rapporto previdenziale con ENPAB.

ALLEGARE 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 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 delle ulteriori funzioni istituzionali dell'ENPAB attribuite all'Ente dalla Legge o da norme regolamentari. Il trattamento dei dati personali sarà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. 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

La/il sottoscritta/o, 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
