

DOMANDA PER L'EROGAZIONE DELL'INDENNITÀ DI MALATTIA E INFORTUNIO
IN CASO DI POSITIVITÀ A VIRUS SARS-CoV-2

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

CHIEDE

l'erogazione dell'indennità di malattia prevista per i casi di positività al virus SARS-CoV-2.

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

- che in data è risultato/a positivo/a al test diagnostico (molecolare o antigenico) per SARS-CoV-2.
- di aver regolarmente adempiuto a tutti gli obblighi di comunicazione dei redditi professionali prodotti negli anni per i quali ricorre l'obbligo di iscrizione all'ENPAB;
- che in relazione alla propria posizione contributiva (**barrare l'ipotesi che ricorre**):
 - ha regolarmente eseguito tutti i versamenti contributivi scaduti alla data della presente istanza;
 - non ha adempiuto in tutto o in parte al versamento dei contributi scaduti ma che alla data della presente istanza il debito contributivo accumulato è inferiore ad euro cento;

AUTORIZZA

l'ENPAB all'accredito dell'indennità sul conto corrente bancario intestato al richiedente:

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



Allega:

- copia referto test diagnostico (molecolare o antigenico) per SARS-CoV-2;
- 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 il presente modello saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'Ente. I dati raccolti potranno essere comunicati a soggetti esterni ad ENPAB solo qualora la comunicazione sia strumentale all'evasione della pratica di erogazione dell'indennità di cui al presente modello 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 ed assistenza obbligatorie. 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

IL MODELLO COMPILATO E FIRMATO ED I RELATIVI ALLEGATI DEVONO ESSERE INVIATI A MEZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA ALL'INDIRIZZO PEC: quarantenacovid19@pec.enpab.it PER POSITIVITA' MANIFESTATA ENTRO E NON OLTRE IL 30/04/2022.