

## Domanda di Pensione di Inabilità in Cumulo

(ai sensi della Legge n. 232 del 11/12/2016)

(Rinvio all'art. 1 comma 242 della Legge n. 228/2012 all'art. 2 comma 2 DLgs 42/2006)

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

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Nato/a a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Nazionalità</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Sesso</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Residente a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Via/Piazza</b>	<b>Civico</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>CAP</b>	<b>Telefono</b>	<b>Cellulare</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Di essere stato iscritto all'Albo dell'Ordine Nazionale dei Biologi</b>		<b>Dal</b>	<b>Al</b>
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>E-mail</b>			<b>Matricola ENPAB</b>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<b>e-mail *PEC</b>			
<input type="text"/>			

### Informazioni sullo stato civile (barrare la casella corrispondente)

Celibe/Nubile   
  Separato/a dal \_\_\_\_\_   
  Vedovo/a dal \_\_\_\_\_   
  Coniugato/a dal \_\_\_\_\_  
 Divorziato/a dal \_\_\_\_\_

### Dati del Coniuge

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<b>Nato/a a</b>	<b>Prov.</b>	<b>Nazionalità</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Codice Fiscale</b>	<b>Sesso</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

### Richiesta:

**Per Malattia**                     
  **Per Infortunio\*\***

Si forniscono le seguenti notizie:

#### A) Carriera Assicurativa

Ente	Tipo di contribuzione	dal	al

#### A1) Periodi di lavoro svolti all'estero

Stato	dal	al	Cassa estera

A2) Richiesta di accredito figurativo presentata il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 A3) Domanda di riscatto presentata il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 A4) Domanda di ricongiunzione presentata il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

B) **Attività lavorativa:**  non svolgo attività lavorativa  Svolgo attività lavorativa in qualità di \_\_\_\_\_

Cesserò l'attività autonoma/o o professionale il \_\_\_\_\_  Cesserò l'attività autonoma/o o professionale il \_\_\_\_\_

C) **Dichiara inoltre di essersi cancellato/a all'Albo Professionale in data:** \_\_\_\_\_

**Situazione pensionistica:**  sono già titolare di pensione diretta presso \_\_\_\_\_

Ho presentato domanda di pensione diretta presso \_\_\_\_\_

## CHIEDE

La liquidazione della pensione di Inabilità in Cumulo

All'uopo

Allega certificato medico attestante lo stato di Inabilità totale o permanente

Oppure

Chiede che la visita medica di accertamento venga effettuata presso il proprio domicilio e allega certificato medico attestante lo stato di inabilità totale o permanente da cui risulta anche la propria impossibilità ad intraprendere viaggi.

- ❖ Allego alla presente copia documento di riconoscimento d'identità in corso di validità.
- ❖ Estratto conto contributivo altri enti.

(\*) LA TITOLARITA' DÌ ALTRO TRATTAMENTO PENSIONISTICO ESCLUDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PENSIONE IN REGIME DÌ CUMULO

\*\* In caso di infortunio inviare la documentazione dalla quale risulti l'ammontare dell'indennizzo ricevuto dall'Istituto assicuratore o dal responsabile del danno, escluso in ogni caso il risarcimento derivante da assicurazione per infortuni stipulata dall'iscritto (art. 6 del Regolamento).

Nel caso in cui la pratica assicurativa non sia conclusa si prega di inviare la documentazione comprovante l'eventuale azione giudiziaria promossa con il responsabile o i suoi aventi causa, integrata da una dichiarazione sostitutiva di atto notorio nella quale la S.V. si impegna a comunicare alla Cassa, anche dopo il pensionamento, l'eventuale indennizzo che sarà corrisposto.

N.B. Ai fini del riconoscimento della prestazione è necessaria la regolarizzazione contributiva. La verifica di tale requisito è preliminare all'effettuazione della visita sanitaria.

Ai sensi del D.LGS. del 30 giugno 2003n. 196, il sottoscritto 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 per le Detrazioni Fiscali per l'anno 2021

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

Il/La sottoscritto/a..... nato/a .....

prov..... il ...../...../..... e con domicilio fiscale in .....

prov.....cap..... Via/Piazza.....

Codice Fiscale .....

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

## Oppure

DICHIARADI AVERDIRITTO ALLESEGUENTIDETRAZIONI  
(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 .....

Per figlio a carico

(Barrare le caselle corrispondenti al numero dei figlie alla misura percentuale)

n..... Figli < di 3 anni

Codice Fiscale .....

Codice Fiscale .....

n..... Figli > di 3 anni

Codice Fiscale .....

Codice Fiscale .....

n..... Figli portatori di

handicap ai sensi

dell'art.3L.104/92

Codice Fiscale .....

Codice Fiscale .....

Per altri familiari a carico n.....altri familiari nella seguente misura percentuale: 100% 50% ..... %

Codice Fiscale .....

Codice Fiscale .....

A tal fine dichiara che il proprio reddito complessivo presunto per l'anno è pari ad euro...../00

Il/la dichiarante autorizza, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n.196, l'Ente di Previdenza ed Assistenza a favore dei Biologi ENPAB al trattamento dei dati dichiarati e si impegna a comunicare prontamente allo stesso qualsiasi variazione concemente il diritto e/o la misura delle predette detrazioni.

Data.....

Firma.....