

Domanda di Pensione di Inabilità in Totalizzazione (*) (ai sensi del D. Lgs n. 42 del 2/2/2006)

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

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="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"/>	
Di essere stato iscritto all'Albo dell'Ordine Nazionale dei Biologi		Dal	Al
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail		Matricola ENPAB	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
e-mail *PEC		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<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

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="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 _____

Situazione pensionistica: sono già titolare di pensione diretta presso _____

Ho presentato domanda di pensione diretta presso _____

CHIEDE

La liquidazione della pensione di Inabilità in totalizzazione

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.

(*) LA TITOLARITA' DÌ ALTRO TRATTAMENTO PENSIONISTICO ESCLUDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PENSIONE IN REGIME DÌ TOTALIZZAZIONE
(ART. 1 D.LGS N. 42/2006)

** 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

allego alla presente copia documento di riconoscimento in corso di validità

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.....