epap ENTE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA PLURICATEGORIALE

Via Vicenza, 7 - 00185 Roma
Tel: 06 69.64.51 - Fax: 06 69.64.555
E-mail: info@epap.it - Sito web: www.epap.it
Codice fiscale: 97149120582

Richiesta di Contributo per EVENTI STRAORDINARI

Il/la sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Specificare se (barrare l'ipotesi che ricorre):

☐ Iscritto EPAP; ☐ pensionato EPAP: ☐ superstite dell'iscritto; ☐ superstite del pensionato

CHIEDE

l'erogazione del sussidio trovandosi in una condizione di grave disagio economico causato da (barrare l'ipotesi che ricorre):

☐ evento straordinario causato da caso fortuito o forza maggiore che ha generato rilevante incidenza sul bilancio familiare a causa di spese ed esborsi documentati, urgenti e di primaria necessità, anche per lo svolgimento dell'attività professionale;

Specificare l'evento:

☐ sospensione o riduzione forzata dell'attività professionale, per più di sei mesi, a causa di malattia o infortunio;

☐ decesso dell'iscritto o del pensionato da cui sono derivate situazione di grave difficoltà finanziaria ai componenti del nucleo familiare;

Specificare l'iscritto/pensionato:

Cognome e Nome

Codice Fiscale

e la parentela[1]:

IL/LA SOTTOSCRITTO/A È CONSAPEVOLE CHE L'EPAP SI RISERVA LA FACOLTÀ DI RICHIEDERE ULTERIORE INTEGRAZIONE ALLA DOCUMENTAZIONE E DI ESSERE A CONOSCENZA INOLTRE CHE L'EPAP SI RISERVA DI PROCEDERE, ANCHE A CAMPIONE, ALLE VERIFICHE RITENUTE OPPORTUNE PRESSO LE COMPETENTI STRUTTURE.

Chiede infine che il contributo sia erogato mediante **bonifico bancario**, sulle seguenti coordinate IBAN:

IBAN (27 caratteri):

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

Firma del richiedente

Rev. 23.10.2017

1. *Coniuge, convivente more uxorio, figlio/a, genitore, nonno/a, fratello/sorella, nipote, zio/a, cognato/a, suocero/a, genero/nuora.*

Trasmettere a EPAP per raccomandata A/R o per PEC su epap@epap.sicurezzapostale.it

Documentazione allegata alla domanda *(obbligatoria)*:

1. copia della dichiarazione dei redditi di ciascun componente il nucleo familiare percepiti nell'anno precedente la presentazione della domanda;
2. copia di un documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;
3. fotocopia del tesserino del codice fiscale del richiedente;
4. certificazione del nucleo familiare come risultante dallo stato di famiglia alla data della richiesta ovvero autocertificazione;
5. certificato di morte o atto sostitutivo di notorietà dell'iscritto o del pensionato;
6. certificazione medica, se lo stato di bisogno è collegato a infortunio, malattia;
7. fotocopia dei documenti accertanti le spese sostenute;
8. relazione nella quale viene indicata la tipologia dell'evento causa della richiesta.

luogo e data	Firma del richiedente

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26 comma 5 del D.Lgs. 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti dal leggi o regolamenti.

In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione. Titolare del trattamento è l'EPAP, Via Vicenza 7 – 00185 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente dell'Ente.

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La sottoscritto/a, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente AUTORIZZA il TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed AUTORIZZA, inoltre, il TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle indicazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me richiesti.

☒ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

luogo e data	Firma del richiedente

CONDIZIONI GENERALI

EROGAZIONE DEL SUSSIDIO

- reddito familiare percepito nell'anno precedente la presentazione della domanda non superiore a 60 volte il contributo soggettivo minimo vigente nell'anno di presentazione della domanda;
- non aver richiesto la restituzione del montante;
- non versare il solo contributo integrativo;
- essere in regola con la posizione contributiva fino all'anno precedente a quello di presentazione della domanda.

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La domanda per l'erogazione del contributo deve essere presentata dietro compilazione del presente modulo entro 180 giorni dal verificarsi del requisito che ne è stato causa. La stessa dovrà pervenire all'Ente per PEC all'indirizzo epap@epap.sicurezzapostale.it, o per posta a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo: EPAP - VIA VICENZA 7 - 00185 ROMA

Trasmettere a EPAP per raccomandata A/R o per PEC su epap@epap.sicurezzapostale.it