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 PENSIONE di INVALIDITÀ

Il/la sottoscritto/a

NOME: _____

COGNOME: _____

CODICE FISCALE: _____ DATA DI NASCITA: _____

COMUNE DI NASCITA: _____ PROVINCIA: _____

DOMICILIATO IN VIA: _____

CITTÀ: _____ CAP: _____ PROVINCIA: _____

RECAPITO TELEFONICO: _____ PEC: _____

ORDINE PROFESSIONALE: ☐ Dottori Agronomi e dottori Forestali; ☐ Attuari; ☐ Chimici; ☐ Geologi

Consapevole che ai sensi dell'art. 9 della legge n. 54 del 1982 l'assegno mensile di cui all'art. 13 della legge 30 marzo 1971, n. 118 (invalidità civile), è incompatibile anche con le prestazioni pensionistiche dirette di invalidità a qualsiasi titolo erogate da altre casse o fondi di previdenza ivi compresi quelli dei liberi professionisti;

CHIEDE

ai sensi dell'art. 14 del Regolamento dell'EPAP, la concessione della PENSIONE DI INVALIDITÀ, considerato che, per ☐MALATTIA o ☐INFORTUNIO, sopravvenuto all'iscrizione, la propria capacità all'esercizio della professione è ridotta in modo continuativo, a meno di un terzo (come da certificazione medica allegata);

☐chiede inoltre, la provvidenza integrativa* ai sensi dell'art. 14 comma 5 del Regolamento dell'EPAP e a tal fine dichiara quanto riportato alle lettere a) e d) della dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Il/La sottoscritto/a chiede che le mensilità di pensione e gli eventuali arretrati siano accreditati sul c/c bancario (o postale), intestato (o cointestato) all'interessato/a, con il seguente codice IBAN:

IBAN (27 caratteri): _____

_____ _____

luogo e data Firma del dichiarante

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)

Io sottoscritto/a _____

dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy su come EPAP gestisce i dati in conformità al Regolamento UE 2016/679 pubblicata all'interno della sezione "Privacy" sul sito www.epap.it.

_____ _____

luogo e data Firma del richiedente (consenso esplicito)

* in caso di mancata selezione l'Ente non prenderà in considerazione la richiesta di provvidenza integrativa

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

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a: _____

CODICE FISCALE: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del richiamato D.P.R.

DICHIARA

a) che:

☐ non gode di altri trattamenti di pensione;

☐ gode di pensione della seguente natura _____

corrisposta da _____ con decorrenza dal _____

b) che:

☐ non ha svolto né svolge attività alle quali è connesso un altro trattamento di pensione;

☐ ha svolto e/o svolge le seguenti attività alle quali è connesso altro trattamento di pensione (indicare il tipo di attività ed i periodi) _____

c) che l'ammontare dei redditi imponibili ai fini dell'IRPEF, o esenti da imposta, con esclusione di quelli derivanti dall'esercizio della libera professione per il triennio precedente all'anno di presentazione della domanda sono:

ANNO	REDDITO NETTO	VOLUME D'AFFARI O REDDITO LORDO

d) che l'infortunio o la malattia da cui deriva l'invalidità:

☐ non è imputabile a terzi, o sebbene imputabile a terzi il danno non è stato risarcito.

☐ è imputabile a terzi e il danno è stato risarcito (non da assicurazione per infortuni o malattia stipulata dal sottoscritto) per un importo pari ad euro _____

e) che:

☐ non percepisce né ha presentato richiesta dell'assegno mensile per invalidità civile citato all'art. 9 della legge n. 54/1982..

☐ percepisce o ha presentato richiesta dell'assegno mensile per invalidità civile citato all'art. 9 della legge n. 54/1982.

Si allega:

☐ dichiarazione fiscale relativa all'applicazione di detrazione d'imposta;

☐ certificato medico attestante la riduzione a meno di un terzo in modo continuativo della capacità all'esercizio dell'attività libero professionale, l'indicazione della causa, l'epoca dell'insorgere o del suo aggravarsi.

Allega ai fini dell'identificazione personale una fotocopia di:

tipo documento _____ numero _____ data di rilascio _____ e di scadenza _____

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

_____ _____

luogo e data — Firma del dichiarante