

dichiara

- di essere: **celibe/nubile** **separato/a** **divorziato/a** **vedovo/a**
- coniugato/a** con _____
(cognome e nome)

- che il proprio **nucleo familiare** si compone di:

Nome e Cognome	Data e luogo di nascita	Rapporto di parentela	a carico
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

- Di aver dichiarato, nell'ultima Dichiarazione ai fini fiscali, i seguenti **redditi lordi**:

redditi da lavoro dipendente o pensione	€
redditi da lavoro autonomo	€
redditi da terreni	€
redditi da fabbricati	€
abitazione principale	€
Altro:	€

- Che il **coniuge** ha dichiarato, nell'ultima Dichiarazione ai fini fiscali, i seguenti **redditi lordi**:

redditi da lavoro dipendente o pensione	€
redditi da lavoro autonomo	€
redditi da terreni	€
redditi da fabbricati	€
abitazione principale	€
Altro:	€

- di **non essere** titolare di pensione **essere titolare** di pensione di _____ erogata da _____ con decorrenza _____
- di **non essere** **essere titolare** di indennità di accompagnamento con decorrenza _____
- che **l'immobile di abitazione** è: di **proprietà** del nucleo familiare in **locazione**
 a **titolo gratuito**
- **Inattività professionale:** di **aver sospeso** di **aver ridotto** l'attività a partire dal _____ e di aver ripreso **totalmente** **parzialmente l'attività** a partire dal _____
 e che l'inattività **perdura** ancora
- **Spese sostenute:** di **non aver** di **aver sostenuto** spese mediche/farmaceutiche per € _____
le spese sostenute sono **rimborsabili** **non rimborsabili** **in parte rimborsabili** per € _____
 di **non aver** **aver sostenuto** altre tipologie di spesa per € _____ dovute a:
(specificare il tipo di spesa) _____
- **Copertura assicurativa:** di **non essere** di **essere titolare** di Polizza privata Malattia/Infortunio
 di **aver** ricevuto per l'evento a un'indennità pari a € _____
 di **essere in attesa** di ricevere un'indennità pari a € _____
 di **non aver diritto** a un'indennità
- **Copertura assicurativa con Enpav:** di **non aver** di **aver richiesto** la copertura dell'evento alla Compagnia convenzionata con Enpav e di **non aver** di **aver diritto** a un'indennità di € _____
 di **aver** ricevuto per l'evento a un'indennità pari a € _____
- **Altri benefici:** di **non essere** di **essere** beneficiario di altre agevolazioni per l'invalidità civile o disabilità per un importo **mensile** **annuale** pari a € _____
per _____

Dichiarazione Regime fiscale agevolato o forfettario

Dichiarazione da compilare per l'applicazione del **regime fiscale di vantaggio** ai fini della **non assoggettabilità a ritenuta d'acconto della provvidenza straordinaria**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

dichiara

che in caso di assegnazione

per l'anno di liquidazione della provvidenza straordinaria _____ beneficia del **regime fiscale agevolato o forfettario**

(Art. 27, commi 1 e 2 del Decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 e Legge 190/2014, CC 54-75)

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Si fa presente che i dati acquisiti per l'espletamento dell'istruttoria necessaria all'erogazione della prestazione richiesta verranno trattati nel rispetto delle previsioni del Regolamento (UE) 2016/679, con particolare riferimento agli obblighi di riservatezza e sicurezza. La informiamo che in qualunque momento, Lei potrà esercitare i diritti previsti nei limiti ed alle condizioni di cui agli articoli 15-22 del Regolamento (UE) 2016/679.

La invitiamo, altresì, a prendere visione dell'informativa ai sensi dell'articolo 13 Regolamento (UE) 2016/679 completa al seguente [link](http://www.enpav.it/Informativa.pdf) (<http://www.enpav.it/Informativa.pdf>).

Data _____ Firma _____

A norma dell'art. 46 D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle Dichiarazioni non veritiere (Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000).

Data _____ Firma _____

Come inviare la domanda

La domanda, corredata di tutta la documentazione richiesta, deve **essere presentata al proprio Ordine provinciale.**

L'Ordine, dopo aver espresso un parere sulla domanda di provvidenza, la invia all'Enpav.

Cosa allegare

- copia di un **documento di identità** in corso di validità
- copia delle ultime **due dichiarazioni dei redditi** (o documentazione equivalente) **proprie** e del **coniuge**
- in caso di domanda per malattia/infortunio: copia della **documentazione medica** attestante la patologia o l'infortunio o la condizione di invalidità, handicap o non autosufficienza
- copia dei giustificativi delle **spese mediche** sostenute
- in caso di calamità naturale: documentazione attestante i **danni subiti**
- altra documentazione attestante **l'evento di particolare gravità** che ha determinato la necessità di richiedere la provvidenza straordinaria
- ulteriore documentazione che può risultare utile a dimostrare lo stato di **difficoltà economica**
- in caso di domanda per il decesso del familiare, copia delle **spese funerarie** sostenute
- copia della **Dichiarazione Regime fiscale agevolato o forfettario** (inclusa nel modello) riferita all'anno in cui la provvidenza straordinaria viene eventualmente liquidata. Per chi non usufruisce di regimi fiscali di vantaggio, viene applicato il regime ordinario.

Scadenze

Le domande devono arrivare all'Enpav entro: **28 febbraio – 30 aprile – 30 giugno – 31 agosto – 30 settembre – 30 novembre.**