

## DOMANDA DI TEMPORANEA INABILITÀ TOTALE

Il/La sottoscritto/a   
nato/a a:  prov.  il   
codice fiscale:   
residente in:  prov.   
via:  n.  cap   
recapito telefonico:  Email:   
Pec

in qualità di:

**ISCRITTO CONTRIBUENTE EPAP**, non titolare di trattamento pensionistico di vecchiaia, sul quale grava l'obbligo di tutti i contributi obbligatori;

numero di Matricola EPAP.

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

**FAMILIARE O CONVIVENTE dell'iscritto contribuente EPAP** di seguito indicato:

Nome e Cognome

codice fiscale:  numero di Matricola EPAP.

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

grado di parentela con l'iscritto sopra indicato:

### CHIEDE IL TRATTAMENTO DI TEMPORANEA INABILITÀ TOTALE

A seguito di  INFORTUNIO  MALATTIA

#### NOTA BENE

L'indennità è riconosciuta **solo** in caso di **impedimento totale e assoluto** a svolgere ogni compito e funzione dell'attività professionale **per un periodo pari almeno a 40 giorni di calendario**.

**L'importo dell'indennità minima non si applica agli iscritti che godono, per la medesima inabilità, di altra prestazione assistenziale o previdenziale.**

Trasmetto **certificato medico** (utilizzare il modello specifico), predisposto da **medico di Struttura Pubblica Ospedaliera o medico ASL** da cui risulta:

- *la causa e la data* di insorgenza della inabilità professionale temporanea;
- *il periodo presunto di inabilità* professionale temporanea direttamente ed esclusivamente conseguente all'infortunio o alla malattia;
- le motivazioni dell'impossibilità ad esercitare *assolutamente e totalmente* – in ogni suo compito e funzione – la libera professione nel periodo di inabilità;

con allegata **copia** della certificazione medica di seguito indicata:

- a) referto di Pronto Soccorso e/o relazione clinica di dimissione in caso di ricovero ospedaliero;
- b) referti di controlli clinici e/o strumentali effettuati presso ambulatori specialistici, ospedalieri o di altra struttura di cura, successivamente ai trattamenti iniziali;
- c) ulteriore documentazione sanitaria disponibile.

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

● **Dichiarazione relativa all'evento, alla posizione lavorativa e assicurativa**

**DICHIARO:**

**consapevole della responsabilità penale** cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art.76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, ai fini del riconoscimento della inabilità professionale temporanea assoluta,

che la **specificata attività professionale** svolta nel periodo oggetto della tutela è la seguente: (come definito per le singole categorie professionali all'interno dei DPR 821/1984 e DPR 328/2001)

Studio/Progettazione;  Consulenza/docenza;  Attività di cantiere (Direzione lavori/incarichi per la sicurezza/collaudi ecc.)

Altro (specificare)

● **Dichiaro altresì** che l'attività suindicata è svolta:

Presso studio proprio;  Presso sedi di terzi;  Presso cantiere o attività che richiede continui spostamenti per esecuzione tecniche

**INFORTUNIO**

**Dichiaro che** l'infortunio è avvenuto in data  e causato da:

- incidente sul lavoro  
 incidente extra-lavorativo  
 altro (specificare)

e che l'evento non è stato causato da comportamento doloso né da stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;

**Dichiaro che** è stato sospeso totalmente l'esercizio dell'attività professionale per il periodo di inabilità temporanea dal  al

**MALATTIA**

**Dichiaro** che la seguente malattia:  è intervenuta a far data dal  e che l'evento non è stato causato da comportamento doloso né da stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;

**Dichiaro che** è stato sospeso totalmente l'esercizio dell'attività professionale per il periodo di inabilità temporanea dal  al

**Dichiaro inoltre**, ai sensi di quanto previsto dal DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, sotto la mia personale responsabilità che:

- il reddito professionale, eventualmente presuntivo, dell'anno precedente l'evento è di euro  (dato non necessario se già presentata la dichiarazione annuale EPAP);
- tutt'ora sono iscritto all'Albo Professionale;
- sono iscritto ad altre forme di previdenza obbligatoria;  NON sono iscritto ad altre forme di previdenza obbligatoria;
- godo di altra prestazione previdenziale o assistenziale per la medesima inabilità;  NON godo di altra prestazione previdenziale o assistenziale per la medesima inabilità;
- percepisco pensione di invalidità/inabilità;  NON percepisco pensione di invalidità/inabilità.

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

Sono inoltre consapevole che, ai sensi dell'art.8 comma 6 del Regolamento sull'Indennità per Temporanea Inabilità Totale, **l'indennità assorbe altre eventuali prestazioni assistenziali erogate da EPAP<sup>1</sup>**, anche in convenzione, per la medesima causa che ha generato la temporanea inabilità totale e a tal fine **dichiaro che:**

- NON è stata presentata domanda
- è stata presentata domanda

Ente a cui è stato richiesto l'indennizzo

Importo richiesto/percepito

Il sottoscritto **dichiara** di non aver potuto rispettare la scadenza per la presentazione della domanda di 30 (trenta) giorni dall'inizio dello stato di inabilità (come attestato nel certificato medico allegato Mod\_ITT\_ALL) per i seguenti

motivi:

Sono consapevole che eventuali variazioni attinenti i requisiti di iscrizione ad EPAP (Albo professionale, assoggettamento ad altra forma di previdenza obbligatoria) incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento e pertanto devono essere tempestivamente comunicate prima della definizione dell'istanza (riportare eventuali modifiche dello status):

### DICHIARA inoltre

ai fini dell'erogazione di cui alla presente domanda, di appartenere al seguente regime fiscale<sup>2</sup>

- regime di contabilità semplificato o regime di contabilità ordinario
- residenti all'estero con ritenuta a titolo di imposta del 30%
- regime forfettario

luogo e data

Firma del dichiarante

### ● Modalità di pagamento

Comunico le coordinate bancarie per la corresponsione dell'inabilità in caso di riconoscimento della stessa:

Codice IBAN (27 caratteri):

CODICE PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

Intestato a:

Intrattenuto presso:

luogo e data

Firma del dichiarante

**È necessario allegare copia di un valido documento di identità**

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

1. Art. 8 commi 6 e 7 del Regolamento sull'indennità per Temporanea Inabilità Totale

2. L'EPAP si configura come sostituto di imposta e per l'applicazione della ritenuta d'acconto tiene conto del regime fiscale dichiarato dall'interessato al momento della domanda

**Informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679)**

La informiamo che, ai sensi dell'art. 13 del GDPR UE 2016/679, il trattamento dei dati personali, sebbene riferito a categorie particolari, è necessario per le finalità istituzionali e per adempiere alla Sua richiesta. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato nel rispetto degli obblighi di riservatezza e sicurezza e svolto in forma automatizzata o manuale. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano.

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, enti o casse o istituti di previdenza, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

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. L'informativa sulla Privacy completa è disponibile su [www.epap.it](http://www.epap.it)

**Autorizzazione al Trattamento dei Dati**

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede,

luogo e data

---

Firma del richiedente

Alla luce dell'informativa ricevuta, io sottoscritto/a  AUTORIZZO /  NON AUTORIZZO al trattamento dei dati.

luogo e data

---

Firma del richiedente

\*\*\*FINE MODULO\*\*\*

**FAC-SIMILE di**  
**CERTIFICATO MEDICO PER TEMPORANEA INABILITÀ TOTALE**  
**a valenza medico legale da redigere a cura di medico di Struttura Pubblica o medico ASL**  
**da allegare alla domanda di inabilità in caso di prima istanza**  
**o di continuazione del periodo di prognosi.**

NOTA BENE. L'indennità è riconosciuta SOLO in caso di **impedimento totale e assoluto** a svolgere ogni compito e funzione dell'attività professionale per un **periodo almeno pari a 40 giorni**.

PRIMA ISTANZA

CONTINUAZIONE

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa   
codice fiscale: , n° iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi   
con studio in:  prov.   
via:  n.  cap   
recapito telefonico:  Cellulare:  Pec

A seguito della visita effettuata in data:

**CERTIFICO che**

il/la dott./ssa   
nato/a a:  prov.  il   
codice fiscale: , tessera sanitaria n.:   
residente in:  prov.   
via:  n.  cap

è affetto dalla seguente **malattia** insorta in data:

inserire diagnosi clinica dettagliata

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

ha subito la seguente lesione da **infortunio** verificatosi in data:

inserire diagnosi clinica dettagliata:

La lesione/malattia ha interessato l'arto superiore dominante:

SI       NO

Anamnesi patologica rilevante ai presenti fini:

Obiettività attuale (E.O. generale e/o locale) rilevante ai presenti fini:

**DIAGNOSI CLINICA ATTUALE**

\*\*\*SEGUE SU PAGINA SUCCESSIVA\*\*\*

## DIAGNOSI DI TEMPORANEA INABILITÀ TOTALE

CERTIFICO IN BASE ALLA VISITA EFFETTUATA IN DATA:

che la prognosi clinica è la seguente: dal  al

Inoltre **Certifico che il professionista**, in relazione alla specifica attività dichiarata nel corso della visita e prevista nel modulo di domanda, **è temporaneamente e totalmente inabile** a svolgere la libera professione di

Dottore Agronomo/dottore Forestale;  Attuario;  Chimico/Fisico;  Geologo

**per un periodo superiore a 40 giorni** in quanto versa nella condizione di incapacità assoluta e totale che **impedisce** di fatto lo **svolgimento temporaneo di ogni compito e funzione della propria attività professionale**.

Il **periodo di inabilità** professionale temporanea **ASSOLUTA e TOTALE** decorre:

DAL  fino a TUTTO IL

NUMERO GIORNI DI RICOVERO IN STRUTTURA PUBBLICA:

### CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE (al momento della domanda o successivamente appena disponibile)

Al fine di procedere alla disamina dell'istanza è obbligatorio trasmettere copia della certificazione medica rilasciata da struttura pubblica o ospedaliera o presidio ASL da cui si evinca la natura dell'infortunio o della malattia con relativa prognosi.

- **referto di Pronto Soccorso** e/o relazione clinica di dimissione in caso di ricovero ospedaliero;
- referti di **controlli clinici e/o strumentali successivi** all'evento effettuati presso ambulatori specialistici, ospedalieri o di altra struttura di cura;
- ogni altro documento sanitario ritenuto utile.

luogo e data,

In fede

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma del Medico

\*\*\*FINE MODULO\*\*\*