

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

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

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