

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 e Fisici; 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)

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 |
|----------------------|----------------------|------------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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