

## 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 (allegare Verbale di Accertamento dell'Invalidità civile)<sup>1</sup>;

chiede inoltre, la provvidenza integrativa<sup>2</sup> 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:

CONTO CORRENTE ITALIANO

• IBAN (27 caratteri):

CONTO CORRENTE ESTERO

• IBAN (estero):

• codice BIC/SWIFT (o codice CLEARING):

• nome della banca:

• località dello sportello:

luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

<sup>1</sup> copia del Verbale di Accertamento dell'Invalidità civile attestante una percentuale di invalidità superiore a 2/3 (almeno il 67%), che persista al momento della presentazione della domanda di pensione

<sup>2</sup> in caso di mancata selezione l'Ente non prenderà in considerazione la richiesta di provvidenza integrativa

**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](http://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 style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 15px;" type="text"/>
<input style="width: 60px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 180px; height: 15px;" 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