

## 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\*\*\*

- ☐ NON è stata presentata domanda
- ☐ NON verrà presentata domanda
- ☐ è stata presentata domanda:

Importo richiesto/percepito

motivi:

☐ regime di contabilità semplificato o regime di contabilità ordinario

☐ residenti all'estero con ritenuta a titolo di imposta del 30%

☐ regime forfettario

Firma del dichiarante

[illegible]

Intrattenuto presso:

Firma del dichiarante

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



---

**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)

\*\*\*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\*\*\*

da rispedire allegato alla DOMANDA DI INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA (Mod.ITT)

\_\_\_\_\_

☐ SI                      ☐ NO

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

Rev. 20.10.2025

## DIAGNOSI DI TEMPORANEA INABILITÀ TOTALE

CERTIFICATO 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\*\*\*

da rispedire allegato alla DOMANDA DI INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA (Mod.ITT)