

Richiesta per QUOTA DI PENSIONE per FIGLI MAGGIORENNI INABILI

Il/la sottoscritto/a

CODICE FISCALE: DATA DI NASCITA:

COMUNE DI NASCITA:

DOMICILIATO IN VIA:

CITTÀ: CAP: PROVINCIA:

RECAPITO TELEFONICO: PEC:

Figlio/a del dott./dott.^{ssa}

CHIEDE

di fruire della quota di pensione, ai sensi dell'art. 16 del Regolamento dell'Ente di Previdenza e Assistenza Pluricategoriale

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 sulle seguenti coordinate IBAN:

CONTO CORRENTE ITALIANO

- IBAN (27 caratteri):

CONTO CORRENTE ESTERO

- IBAN (estero):
- codice BIC/SWIFT (o codice CLEARING):
- nome della banca:
- indirizzo dello sportello:
- stato:

DICHIARA

1. di essere inabile a proficuo lavoro e allega documentazione medica attestante l'inabilità al 100% alla data del decesso del genitore;
2. che al momento del decesso del professionista era a carico dello stesso e non prestava attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;
3. che il proprio reddito alla data del decesso del genitore era di €
4. di non prestare attualmente attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato;

Il/la sottoscritto/a **si impegna** nei confronti di codesto Ente a comunicare, **immediatamente**, l'eventuale inizio di una attività di lavoro retribuito a tempo indeterminato.

Il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Allega ai fini dell'identificazione personale (Ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000) una fotocopia di:

tipo documento numero data di rilascio e di scadenza

LETTO CONFERMATO E SOTTOSCRITTO

luogo e data

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.

luogo e data

Firma del richiedente (consenso esplicito)