

Il/la sottoscritto/a _____

Tel. _____ Cellulare _____ Fax _____ E-mail _____

Iscritto/a all'Albo Professionale della Provincia di _____ e all'E.N.P.A.V

Avente la qualifica di *Libero Prof.* *Dipendente di:* *Amministrazione pubblica* *Azienda privata*

Titolare di pensione Enpav di _____ (Indicare la tipologia di pensione in godimento)

Titolare di altra pensione Erogata da _____ Tipologia Pensione: _____ Decorrenza _____

Titolare di ulteriore pensione Erogata da _____ Tipologia Pensione: _____ Decorrenza _____

Cancellato dall'Enpav dal _____

(DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DEI FAMILIARI DEL VETERINARIO DECEDUTO)

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Prov. _____

Il _____ Residente in _____ Prov. _____ Via _____

N. _____ CAP _____ Tel. _____ Cellul. _____ C.F. _____

In qualità di _____ del Veterinario _____
(cognome) *(Nome)*

Nato a _____ Prov. _____ Il _____ e deceduto il _____

Ai sensi art. 39 del Regolamento di Attuazione allo Statuto dell'Ente **CHIEDE**

TRAMITE L'ORDINE PROVINCIALE DI _____ la concessione di una provvidenza straordinaria per il seguente **motivo:**

Per la descrizione in dettaglio delle circostanze che hanno determinato la precarietà delle condizioni economiche si rimanda alla scheda descrittiva posta a pagina 3 del presente modello

In caso di concessione del contributo assistenziale, CHIEDE che la liquidazione avvenga con le seguenti modalità:

- A mezzo assegno circolare non trasferibile all'indirizzo indicato nella seguente autocertificazione;
- A mezzo accredito sul conto corrente come di seguito indicato:

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE _____

AGENZIA N. _____ INDIRIZZO _____

ABI **CAB** **C/C** **CIN**

Codice IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Compilare obbligatoriamente tutti i campi relativi alle modalità di pagamento. in mancanza o inesattezza dei codici l'importo in caso di concessione sarà rimesso con assegno circolare non trasferibile

Data _____

Firma _____

Sezione Privacy – La sottoscrizione è necessaria per l'istruzione della domanda

*Il/ la sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all' art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, **AUTORIZZA** l'ENPAV al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati , compresi i dati sensibili di cui agli artt. 4 comma 1° lett. d), e 26 del decreto legislativo 196/2003 e dichiara altresì di essere informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente viene resa.*

Data _____ **Firma richiedente** _____

Data _____ **Firma coniuge** _____

AUTOCERTIFICAZIONE

(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

2

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE NONCHE' DELL'ULTERIORE SANZIONE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO ADOTTATO IN BASE ALLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA A NORMA DEGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Di essere residente in _____ Prov. _____

Via _____ N. _____ CAP _____

codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Di essere :

CELIBE/ NUBILE SEPARATO/A DIVORZIATO/A VEDOVO/A
 CONIUGATO/A CON _____

Di avere a proprio carico le seguenti persone :

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante

Di aver fatto richiesta presso l'ENPAV di altre provvidenze straordinarie: SI NO

Di essere in regola con l'iscrizione e la contribuzione all'ENPAV;

(DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DEI FAMILIARI DEL VETERINARIO DECEDUTO)

Che il Veterinario _____ deceduto il _____ è stato iscritto
all'Ordine Provinciale dei Medici Veterinari della provincia di _____

Di essere titolare di altra pensione di _____ erogata da _____ con
decorrenza _____ e di importo lordo annuo attuale pari a Euro _____

Di essere titolare di ulteriore pensione di _____ erogata da _____ con
decorrenza _____ e di importo lordo annuo attuale pari a Euro _____

Di avere conseguito nell'anno _____ i seguenti redditi lordi (Indicare i redditi relativi all'ultima dichiarazione ai fini fiscali):

redditi da lavoro dipendente o pensione	
reddito da lavoro autonomo	
redditi da terreni	
redditi da fabbricati	
abitazione principale	
altri redditi (specificare)	

Che il **coniuge** ha conseguito nell'anno _____ i seguenti redditi* lordi :

redditi da lavoro dipendente o pensione	
reddito da lavoro autonomo	
redditi da terreni	
redditi da fabbricati	
abitazione principale	
altri redditi (specificare)	

* Indicare i redditi relativi all'ultima dichiarazione ai fini fiscali

Che l'immobile di abitazione principale risulta essere: di proprietà del nucleo familiare posseduto a titolo di locazione posseduto a titolo gratuito

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto/a _____
(Cognome) (Nome)

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE NONCHE' DELL'ULTERIORE SANZIONE DELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEQUENTI AL PROVVEDIMENTO ADOTTATO IN BASE ALLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA A NORMA DEGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R. 28.12.2000 N. 445

DICHIARA

In caso di malattia o infortunio: di aver sospeso o ridotto l'attività lavorativa in data _____ e:
 che l'inattività perdura ancora di aver ripreso l'attività lavorativa in data _____ di aver ripreso l'attività parzialmente in data _____

Di aver sostenuto le seguenti spese: medico - farmaceutiche non a carico del S.S.N. di € _____
 non rimborsabili parzialmente rimborsate per € _____
 di altra natura € _____ (specificare la tipologia di spese sostenute _____)

Di essere non essere titolare di polizza privata per malattia e infortunio e di:
 aver avuto per lo stesso evento un' indennità di importo pari a € _____ essere in attesa di avere un'indennità di importo pari a € _____ non aver avuto alcuna indennità

Di aver fatto richiesta per lo stesso evento di copertura alla Compagnia Assicurativa in Convenzione con l'Enpav e:
 di aver ricevuto un' indennità di importo pari a € _____ o di non aver diritto a ricevere o di essere in attesa di ricevere un' indennità di importo pari a € _____

Di essere non essere titolare di indennità di accompagnamento

Di essere non essere beneficiario di contributi per assistenza domiciliare (Importo € _____)

Data _____ Firma _____

ALLEGARE la seguente documentazione

- 1) Documentazione medica in copia relativa alla patologia o all'infortunio o alla condizione di non autosufficienza
 - 2) Documentazione attestante l'evento di particolare gravità che abbia determinato una precarietà delle condizioni economiche
 - 3) Documentazione attestante i danni subiti a seguito di calamità naturali
 - 4) Copia delle dichiarazioni dei redditi relative agli ultimi due anni antecedenti l'evento (nel caso di reddito del coniuge, allegare anche le dichiarazioni ad esso relative)
 - 5) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Altra documentazione (da specificare):

AVVERTENZE

LA DOMANDA, COMPILATA E CORREDATA DELLA PRESCRITTA DOCUMENTAZIONE, DOVRÀ ESSERE INVIATA ESCLUSIVAMENTE ATTRAVERSO L'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI VETERINARI DI APPARTENENZA DEL VETERINARIO, CHE LA TRASMETTERÀ ALL'ENPAV.
L'ISTANZA DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO 180 GIORNI DALL'EVENTO CHE HA DETERMINATO LO STATO DI BISOGNO.

RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI

Sulla domanda di contributo assistenziale, ai sensi dell' art. 41, comma 2, del Regolamento di Attuazione allo Statuto Enpav, si esprime parere **favorevole** **contrario** per il seguente motivo:
(Si prega di esprimere un parere circostanziato)

Data

Timbro dell'Ordine

Il Presidente dell'Ordine