Ente di Previdenza dei Periti Industriali
e dei Periti Industriali Laureati

Piazza della Croce Rossa, 3 - 00161 ROMA
Tel: 06/44001 Fax: 06/44001222
e-mail: info@pec.eppi.it
www.eppi.it

Spazio riservato all' Ente

EPPI 031/09

DOMANDA DI AMMISSIONE AI SUSSIDI A FONDO PERDUTO PER DISAGIO ECONOMICO A SEGUITO DI MATERNITÀ, MALATTIA, INFORTUNIO, CALAMITÀ NATURALE O DECESSO. EROGAZIONE DI INDENNITÀ DI MALATTIA IN CASO DI INABILITÀ TOTALE TEMPORANEA

Il/La sottoscritto/a .....

nato/a a ..... Prov. ..... il ...../...../.....

residente a ..... Prov. .....

Via/Piazza ..... n. ..... CAP .....

Telefono ..... Codice Fiscale .....

nella qualità di iscritto Eppi, ovvero in qualità di:

☐ coniuge; ☐ figlio a carico; ☐ altro familiare a carico dell'iscritto EPPI .....

DICHIARA[1]

che lo stato di bisogno per disagio economico è conseguenza di:

☐ spese sostenute per l'assistenza a favori di iscritti, pensionati e familiari a carico diversamente abili che abbiano diritto all'assegno di accompagnamento ex legge 18/80

☐ mancato esercizio della libera professione per più di 2 mesi consecutivi a causa di malattia inabilitante

☐ assistenza medica, infermieristica ed assistenziale

☐ degenza in casa di cura

☐ spese sostenute a causa di eventi e calamità naturali

☐ nascita di un figlio o adozione/affidamento

☐ spese di studio dei figli e familiari a carico

☐ spese funerarie

☐ protesi terapeutiche ortopediche e dentarie

che il reddito familiare imponibile conseguito nell'anno precedente la domanda è stato pari a ☐☐☐☐☐☐☐,00 euro;

di aver preso visione del Regolamento parte IV e di trovarsi nelle condizioni generali che legittimano all'ammissione del beneficio richiesto;

di essere a conoscenza che costituiscono clausola di decadenza immediata del beneficio concesso non adempiere agli obblighi previdenziali e/o il venir meno delle condizioni di contribuzione all'EPPI;

RESTITUIRE LA DOCUMENTAZIONE SOLO A MEZZO RACCOMANDATA AR

[1] Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000. Barrare solo le caselle di pertinenza.

DICHIARA[2]

☐ che i familiari a carico sono i seguenti:

COGNOME	NOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

CHIEDE

che il sussidio sia accreditato sul c/c bancario (o postale) intestato (o cointestato) a .....

.....; presso l'istituto di credito ..... alle seguenti coordinate[3]

I T					
Codice Paese	Check Digit	CIN	ABI	CAB	CONTO CORRENTE

ALLEGA

- ☐ Copia documento d'identità valido
- ☐ Certificazione medica
- ☐ Copia della documentazione delle spese sostenute
- ☐ Copia delle rette ospedaliere o case di cura
- ☐ Copia del provvedimento di concessione dell'assegno di accompagno ex legge 18/80
- ☐ Copia ordinanza ministeriale attestante lo stato di calamità naturale
- ☐ Certificato di iscrizione ai corsi di studio
- ☐ Certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica e che attesti la data in cui l'evento tutelato sia iniziato e terminato e che indichi quell'evento come la causa dell'inabilità al lavoro
- ☐ Copia dell'attestazione di rimborso effettuata dall'assicurazione a copertura dell'evento assicurato
- ☐ Copia delle ricevute delle spese funerarie
- ☐ Modello ISEE per la dichiarazione della situazione economica familiare dell'anno precedente la domanda
- ☐ Modello EPPI 032 (da produrre solo in caso di richiesta di indennità di malattia)
- ☐ Ulteriore documentazione che comprovi lo stato di bisogno

Data ..... Firma .....

Il titolare del trattamento, in ossequio al D.Lgs. 196/03 ha provveduto all'adeguamento Privacy. Il/La sottoscritto/a, reso/a edotto/a sul trattamento dei dati personali, anche sensibili, attraverso la somministrazione dell'informativa, ha espresso il proprio consenso al trattamento dei suoi dati.

Data ..... Firma .....

Letta l'informativa ex D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente domanda consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dei benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Data ..... Firma .....

---

2 Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000. Barrare solo le caselle di pertinenza.

3 La corretta indicazione delle coordinate bancarie secondo lo standard IBAN è indispensabile ai fini della liquidazione del beneficio: il Check Digit (o CIN Europeo) è formato da 2 caratteri numerici, il CIN da 1 carattere letterale ed il c/c è formato da 12 caratteri alfanumerici indicati senza caratteri speciali (barre, virgole, punti ecc.).