

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di certificazione e di atto notorio

(D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, articoli 46 e 47)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

codice fiscale _____ residente in _____

provincia _____ c.a.p. _____ via _____

stato civile: _____

(se coniugato/a, indicare il nome del coniuge)

in qualità di iscritto all'Ordine dei Farmacisti di _____

pensionato Enpaf

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, ai fini dell'erogazione di una prestazione assistenziale

dichiara che, a seguito degli eventi sismici di cui alla delibera di C.d.A. n.25/2012:

A) l'abitazione di residenza, di cui è proprietario (o comproprietario), ubicata nel Comune

di _____ provincia di _____

alla via _____ è stata dichiarata inagibile.

Allega documentazione comprovante il danno subito (copia del verbale dei Vigili del Fuoco o perizia tecnica redatta dagli uffici della competente Amministrazione locale o perizia tecnica giurata).

B) ha subito danni ai locali dell'esercizio della farmacia o dell'esercizio dell'attività di vendita al pubblico di farmaci da banco ai sensi del D.L. n.223/2006 ubicati nel Comune di _____ provincia di _____

alla via _____

denominazione dell'esercizio _____

se trattasi di parafarmacia, indicare il codice univoco

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

di cui è: titolare socio (1)

In particolare, i locali sono stati: danneggiati dichiarati inagibili

Allega documentazione comprovante il danno subito (copia del verbale dei Vigili del Fuoco o perizia tecnica redatta dagli uffici della competente Amministrazione locale, perizia tecnica giurata, altro.).

C) ha subito la perdita del reddito di lavoro dipendente derivante dall'esercizio dell'attività professionale di farmacista, o la sospensione dello stesso con collocamento in Cassa integrazione guadagni.

Allega documentazione comprovante la perdita del reddito (copia delle comunicazioni di cessazione del rapporto di lavoro o copia della comunicazione di collocamento in CIG).

D) permane lo stato di disoccupazione temporanea e involontaria, preesistente agli eventi sismici.

Allega documentazione comprovante la condizione di disoccupazione involontaria (copia della dichiarazione di disponibilità al lavoro vistata dal Centro per l'Impiego). **ATTENZIONE: non è necessaria alcuna documentazione se la condizione lavorativa anzidetta è già stata comunicata all'ENPAF.**

Dichiara, infine,

- di aver preso visione dell'informativa resa dall'ENPAF ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Il/La dichiarante allega alla presente dichiarazione copia di un documento di riconoscimento.

(data)

(firma) **(2)**

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

(da compilarsi in favore del socio delegato a riscuotere)

Io sottoscritto/a _____, socio/a della società che gestisce la
farmacia/parafarmacia ubicata nel comune di _____ con
denominazione _____

delego il/la dr./dr.ssa _____ a riscuotere
il contributo assistenziale erogato dall'Enpaf per i danni subiti a seguito degli eventi sismici
verificatisi nel mese di maggio 2012.

(data)

(firma leggibile)

(1) Se l'attività della farmacia è esercitata in forma societaria, il contributo assistenziale viene erogato in favore del socio delegato a riscuoterlo.

(2) La firma non è soggetta ad autenticazione. **LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEVE ESSERE TRASMESSA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ.**