

NOVITA'

E' in corso la revisione del regolamento delle prestazioni assistenziali. A tal fine, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpaf ha stabilito che, per tutte le domande volte ad ottenere le prestazioni erogate dalla Sezione Assistenza, **unitamente alla consueta documentazione fiscale deve essere presentato il modello ISEE ordinario 2017 relativo al nucleo familiare del richiedente.** Il modello viene richiesto allo scopo di verificare che i limiti di reddito stabiliti dall'ENPAF per le proprie prestazioni assistenziali siano coerenti con quanto previsto nel sistema generale pubblico.

ATTENZIONE! l'istruttoria della domanda avverrà sulla base della documentazione fiscale, ma il mancato invio del modello ISEE non consentirà l'inserimento in graduatoria.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO *UNA TANTUM*
per iscritti titolari o soci di farmacie rurali (O.210)**

il termine ultimo per la presentazione delle domande è il 28 aprile 2017.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
residente in via _____ località _____
provincia _____ c.a.p. _____ telefono _____
indirizzo e-mail _____

chiede

- che gli/le venga corrisposto il contributo una tantum stanziato per l'anno 2016 in favore di titolari o soci di farmacie rurali **(1)** A tal fine allega dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio redatta sul modello TR, la documentazione in esso richiesta e, se del caso, l'autorizzazione alla riscossione.

- che, per la liquidazione della presente istanza, l'importo spettante venga corrisposto mediante accredito sul conto corrente intestato a **(2)**

_____ presso _____
(denominazione e indirizzo dell'Istituto di Credito o dell'Ufficio Postale - **NOTA: i libretti postali NON sono validi**)

codice IBAN (riportare nelle caselle sottostanti i 27 caratteri del codice):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																

_____ (data)

_____ (firma)

-
- (1)** il contributo *una tantum* può essere richiesto **esclusivamente** dagli iscritti all'Enpaf titolari o soci di farmacie rurali ubicate in Comuni o frazioni con popolazione non superiore ai 1.200 abitanti. Per ulteriori specifiche si rimanda alla regolamentazione dell'iniziativa. Eventuali informazioni possono essere richieste all'Ufficio Relazioni con il Pubblico al n. 06/54711 o tramite e-mail all'indirizzo info@enpaf.it.
- (2)** Il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente. Se esiste un cointestatario, indicarne nominativo e data di nascita.

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 _____

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 dall'anno _____ è titolare socio con quota di partecipazione del _____% della farmacia rurale denominata _____ con sede in _____

➤ ubicata in un comune o frazione con popolazione non superiore a 1.200 abitanti, come da attestazione allegata **(1)**.

Inoltre, **dichiara che nell'anno 2015:**

➤ era di stato civile

celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a vedovo/a

➤ ha conseguito il reddito di cui alla documentazione fiscale allegata **(2)**;

➤ che l'ISEE ordinario attestato dall'INPS e allegato alla presente è pari a euro _____
[NOTA: la mancata presentazione del modello ISEE non consentirà l'inserimento in graduatoria]

➤ che il proprio nucleo familiare era composto come di seguito indicato **(3)**;

1) _____
(nominativo)

_____ (codice fiscale)

_____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(2)**
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(4)**
 non ha percepito redditi

2) _____
(nominativo)

_____ (codice fiscale)

_____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(2)**
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(4)**
 non ha percepito redditi

3) _____
(nominativo)

_____ (codice fiscale)

_____ (grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(2)**
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(4)**
 non ha percepito redditi

4) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata (2)
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata (4)
 non ha percepito redditi

5) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata (2)
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata (4)
 non ha percepito redditi

6) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata (2)
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata (4)
 non ha percepito redditi

Infine, dichiara:

- che la documentazione allegata è conforme all'originale (art.19 D.P.R. 28 dic. 2000 n.445);
- 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*".

TOTALE DOCUMENTI ALLEGATI N. _____, **compresa copia del documento di riconoscimento**

(data)

(firma)

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13, D. Lgs. n.196/2003

Codice in materia di protezione dei dati personali

La informiamo che i dati richiesti sono necessari per l'esame e la definizione della presente istanza, anche con sistemi automatizzati, e che la mancata comunicazione degli stessi può essere di pregiudizio alle attività anzidette.

Ove, necessario, i dati verranno comunicati all'Istituto di credito incaricato del servizio di tesoreria per conto dell'Enpaf e, da questo, alla banca prescelta per la liquidazione delle spettanze.

I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni quando ciò sia previsto da leggi o regolamenti oppure, se necessario, per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Enpaf o degli Enti riceventi.

Titolare del trattamento è l'Enpaf, viale Pasteur n.49, 00144 Roma.

-
- (1) allegare attestato del Comune da cui risulti la popolazione residente, con riferimento alla frazione o al centro abitato ove ha sede l'esercizio farmaceutico;
 - (2) allegare copia della documentazione fiscale 2016, relativa ai redditi percepiti nel 2015, ad esclusione dei quadri IVA, IRAP e Studi di Settore, completa di comunicazione di avvenuto ricevimento da parte dell'Agenzia delle Entrate. Parimenti, per i modelli 730 allegare la ricevuta dell'avvenuta trasmissione della dichiarazione da parte del C.A.F o di un professionista abilitato ovvero, in caso di invio della dichiarazione da parte del contribuente allegare la ricevuta di presentazione della stessa. **Il mancato invio delle ricevute anzidette comporterà il rigetto della domanda.**
 - (3) in presenza di figli, **se uno dei genitori non è convivente**, indicarne comunque i dati richiesti per i componenti il nucleo familiare specificando '**NON CONVIVENTE**' ed allegandone la dichiarazione dei redditi.
 - (4) coloro che non hanno percepito redditi, ma posseggono proprietà immobiliari, devono elencarle mediante autocertificazione utilizzando il modello predisposto dall'Enpaf.

AUTOCERTIFICAZIONE PROPRIETA' IMMOBILIARI

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

codice fiscale _____ residente in _____

provincia _____ c.a.p. _____ via _____

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

di essere proprietario/a degli immobili sotto indicati:

1) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

2) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

3) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

4) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

(data)

(firma) **(1)**

(1) l'autocertificazione deve essere compilata solo da chi non presenta la dichiarazione dei redditi e deve essere trasmessa insieme con la copia di un documento di identità