

14 – Domanda di conferma dell'assegno sussidiario ordinario di invalidità

Domanda di conferma dell'assegno di invalidità

Timbro e
Data

SPAZIO RISERVATO ALL'E.N.P.A.L.S.
N. di Protocollo _____
Data della domanda _____
Sede Compartimentale di _____
Sezione Distaccata _____
Firma dell'impiegato _____

____ I ____ sottoscritto _____
cognome e nome _____ codice fiscale _____

sesso _____ cognome acquisito _____ data di nascita _____ comune di nascita _____ prov. di nascita _____

comune di residenza _____ Indirizzo (via, n. civico, frazione) _____ C.A.P. _____

CHIEDE LA CONFERMA DELL'ASSEGNO ORDINARIO/PRIVILEGIATO DI INVALIDITA'

N. _____ decorrenza _____

A tal fine allega ☐ certificato medico.

MANDATO DI ASSISTENZA E RAPPRESENTANZA

Il sottoscritto delega il Patronato _____, - presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art. 47 del codice civile - a rappresentarlo gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui al D.L.C.P.S. 29-7-1947, n. 804 e successive modificazioni ed integrazioni, per lo svolgimento della pratica relativa all'oggetto della domanda.

Il presente mandato può essere revocato solo per iscritto.

Data _____

Firma _____

Timbro del Patronato (codice)

N. Pratica _____

Il Sig. _____ ha presentato domanda di conferma dell'assegno ordinario/privilegiato di invalidità n. _____

Timbro e data

Firma dell'impiegato addetto

segue

QUESTIONARIO

N.B. IL QUESTIONARIO VA COMPILATO OBBLIGATORIAMENTE FORNENDO LE RISPOSTE A TUTTI I QUESITI FORMULATI

☐ La S.V. nel periodo di godimento di invalidità ha svolto attività lavorativa alle dipendenze di terzi ?

☐ NO

☐ SI

N.B: Fornire le seguenti notizie:

_____ dal _____ al _____
datore di lavoro settore di attività

_____ _____
qualifica rivestita mansioni specifiche svolte

_____ dal _____ al _____
datore di lavoro settore di attività

_____ _____
qualifica rivestita mansioni specifiche svolte

☐ La S.V è attualmente occupata presso terzi ?

☐ NO

☐ SI

N.B: Fornire le seguenti notizie:

Sono intervenute eventuali variazioni di mansioni per motivi di salute ?

☐ NO

☐ SI

dal _____ mansioni attualmente svolte _____

E' attualmente assente per malattia o infortunio ?

☐ NO

☐ SI

dal _____

☐ La S.V. nel periodo di godimento dell'assegno di invalidità ha svolta attività lavorativa in proprio?

☐ NO

☐ SI

N.B. Specificare il tipo di attività _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false DICHIARA sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite sono conformi al vero il sottoscritto si impegna altresì a segnalare tempestivamente all'ENPALS ogni e qualsiasi variazione che dovesse verificarsi successivamente all'eventuale conferma dell'assegno d'invalidità.

Il sottoscritto è consapevole che la mancata o intempestiva segnalazione di tali variazioni comporterà, oltre alle responsabilità previste dalla legge, il recupero delle somme che risulteranno indebitamente percepite.

Firma _____