

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO
ASSISTENZIALE *UNA TANTUM*

per farmacisti liberi professionisti e figure assimilate titolari o soci di esercizio autorizzato alla vendita di farmaci da banco ai sensi del D.L. n.223/2006 (conv. Legge n.248/2006)

Come già comunicato lo scorso anno 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 (modelli CU, 730, Unico) deve essere presentato il modello ISEE 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.

RACCOMANDATA A.R.

All' E.N.P.A.F. - Ufficio Assistenza
Viale Pasteur 49 - 00144 Roma

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO *UNA TANTUM*
per farmacisti liberi professionisti e figure assimilate, titolari e soci di esercizi
autorizzati alla vendita di farmaci da banco ai sensi del D.L. n.223/2006 (conv.
Legge n.248/2006) (O.096)

il termine ultimo per la presentazione delle domande è il 20 dicembre 2017 (1)

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

c h i e d e

- che gli/le venga corrisposto il contributo assistenziale previsto per i farmacisti liberi professionisti e figure assimilate, titolari o soci di parafarmacie. A tal fine allega dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio redatta sul modello LB e la documentazione in esso richiesta.
- che, in caso di accoglimento della presente istanza, l'importo spettante venga liquidato mediante accredito sul conto corrente intestato o cointestato 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):

					-						-																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																			

(data)

(firma)

Allegati n. _____

da NON inviare all'ENPAF

NOTE

- (1) il contributo *una tantum* può essere richiesto dagli iscritti all'Enpaf che dall'anno 2016 hanno svolto ininterrottamente, ed in via esclusiva, l'attività di farmacista in regime libero-professionale oppure con contratto di lavoro coordinato e continuativo oppure, ancora, con contratto a progetto e che, pertanto, hanno versato il contributo previdenziale in misura intera negli anni 2016 e 2017. Sono inclusi anche i titolari di borse di studio. Possono altresì richiedere il contributo assistenziale i titolari e i soci di parafarmacia che presentano i medesimi requisiti. Per ulteriori specifiche si rimanda alla regolamentazione allegata. Eventuali informazioni possono essere richieste all'Ufficio Relazioni con il Pubblico al n. 06/54711 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00.
- (2) Il conto corrente, bancario o postale, deve essere intestato o cointestato al richiedente. Se esiste un contestatario, indicarne nominativo e data di nascita.

INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE DELLA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE

Gli importi erogati a titolo di prestazioni assistenziali sono soggetti a tassazione. Pertanto, ai beneficiari del contributo *una tantum*, titolari di partita IVA, sarà applicata la ritenuta d'acconto del 20%. Fanno eccezione coloro che, all'atto della domanda, hanno dichiarato di essere soggetti a regime fiscale agevolato. Per le altre tipologie reddituali, la tassazione sarà assimilata a quella per lavoro dipendente.

Le dichiarazioni rese e la documentazione prodotta potranno essere sottoposte a controllo a campione presso l'Agenzia delle Entrate, l'Agenzia del Territorio, la Camera di Commercio e l'INPS (Casellario dei lavoratori attivi).

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 _____ stato civile _____

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 nell'anno 2016

- ha svolto l'attività professionale in qualità di farmacista:
- ☐ libero professionista con partita IVA
 - ☐ con contratto di collaborazione coordinata e continuativa
 - ☐ con contratto a progetto
 - ☐ borsista
- ☐ titolare ☐ socio con quota di partecipazione del _____% della
parafarmacia ubicata nel Comune di _____ provincia di _____
alla via _____
denominazione dell'esercizio _____
- che, nel medesimo anno, ha conseguito il reddito di cui alla documentazione fiscale allegata **(1)**;
- che l'ISEE 2017 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, **nell'anno 2016**, il proprio nucleo familiare era composto come di seguito indicato **(2)**:
- 1) _____
(nominativo)
- _____ (codice fiscale) _____ (grado di parentela)
- ☐ reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
- ☐ solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(3)**
- ☐ non ha percepito redditi
- 2) _____
(nominativo)
- _____ (codice fiscale) _____ (grado di parentela)
- ☐ reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
- ☐ solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(3)**
- ☐ non ha percepito redditi
- 3) _____
(nominativo)
- _____ (codice fiscale) _____ (grado di parentela)
- ☐ reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
- ☐ solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(3)**
- ☐ non ha percepito redditi

4) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- ☐ reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
☐ solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(3)**
☐ non ha percepito redditi

5) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- ☐ reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
☐ solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(3)**
☐ non ha percepito redditi

In caso di accoglimento della domanda, ai fini del trattamento fiscale, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità che nel corrente anno di imposta:

- ☐ è soggetto a regime fiscale agevolato (solo per i titolari di partita IVA che hanno aderito al regime dei minimi secondo quanto previsto dall'art.27, D.L. n.98/2011 e successive modificazioni)

Dichiara, infine,

- 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) **(4)**

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 copia della documentazione fiscale 2017 (relativa ai redditi percepiti nel 2016). I richiedenti che hanno quota in società devono presentare anche l'Unico Societario.
 - (2)** è equiparato al coniuge la parte dell'unione civile (Legge n.76 del 20 maggio 2016)
 - (3)** coloro che non hanno percepito redditi, ma posseggono proprietà immobiliari, devono elencarle mediante autocertificazione utilizzando il modello predisposto dall'Enpaf.
 - (4) LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEVE ESSERE TRASMESSA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ.**

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

☐ in usufrutto

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

☐ in usufrutto

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

☐ in usufrutto

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

☐ in usufrutto

altro [specificare] _____

(data)

(firma) **(1)**

(1) l'autocertificazione deve essere trasmessa insieme con la copia di un documento di identità