

DOMANDA DI RIDUZIONE CONTRIBUTIVA (O,090)

[art.21 del Regolamento di Previdenza e di Assistenza della Fondazione E.N.P.A.F.]

SE LA CONDIZIONE CHE HA CONSENTITO DI OTTENERE LA RIDUZIONE CONTRIBUTIVA O IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTIVO DI SOLIDARIETÀ NON È CAMBIATA,

NON OCCORRE RINNOVARE OGNI ANNO LA DOMANDA DI RIDUZIONE

Si invita a leggere attentamente quanto riportato nelle note informative per l'iscritto.

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome) _____ (nome)

nato/a il _____ codice fiscale _____

residente in _____ località _____
(indirizzo)

provincia _____ c.a.p. _____ telefono _____, iscritto all'Ordine dei Farmacisti della provincia di _____ dal _____

codice archivio Enpaf (se noto) _____ e-mail _____

PEC (stesso indirizzo comunicato all'Ordine professionale) _____

in merito all'attività lavorativa, dichiara di essere:

- in stato di disoccupazione involontaria
- esercente attività professionale con rapporto di lavoro dipendente (soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria)
- borsista/assegnista di ricerca
- dottorando
- informatore medico scientifico del farmaco
- titolare o collaboratore (di erboristeria o di altro esercizio) che effettua preparazioni estemporanee ad uso alimentare, destinate al singolo cliente, vendute sfuse e non confezionate e costituite da piante, da sole o in miscela, estratti secchi o liquidi di piante (soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria)
- non esercente attività professionale
- pensionato Enpaf, non esercente attività professionale
pertanto chiede
- di versare il contributo previdenziale in misura ridotta del:
- 33,33% pari ai 2/3 del contributo previdenziale in misura intera per l'anno _____;
- 50% pari alla metà del contributo previdenziale in misura intera per l'anno _____;
- 85% pari al 15% del contributo previdenziale in misura intera per l'anno _____;
- di versare il contributo di solidarietà per l'anno _____;

Dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi degli artt.13 e 14 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali) e allega alla presente la documentazione necessaria per ottenere la riduzione contributiva richiesta.

(data)

(firma)

Attenzione: se non vengono prodotti gli allegati previsti la domanda non può essere accolta

Allegati:

- Modello LD-1 (in sostituzione copia del contratto e dell'ultima busta paga).
- Modello LD-2 (qualora si richieda di versare il contributo di solidarietà).
- Fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

**DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO PER IL DIPENDENTE ESERCENTE
ATTIVITA' PROFESSIONALE**

Il/La sottoscritto/a _____
in qualità di titolare della farmacia/azienda/erboristeria (1) _____

dichiara

che il/la Dott./Dott.ssa _____
nato/a _____ il _____
presta servizio alle proprie dipendenze dal _____
con contratto di lavoro subordinato:

- a tempo determinato con scadenza il _____
 a tempo indeterminato _____

con la qualifica e le mansioni di _____

Dichiara, inoltre, che il/la suddetto/a dipendente

- ha il seguente grado di parentela con il/la sottoscritto/a (2) _____
[specificare il grado di parentela]
 non ha alcun grado di parentela con il/la sottoscritto/a

e che, in favore di detto/a dipendente vengono versati i contributi previdenziali obbligatori dovuti per legge al Fondo Lavoratori Dipendenti presso la sede INPS di _____

[luogo e data]

[timbro e firma leggibile del datore di lavoro]

codice univoco: data di assegnazione: _____
[compilare solo se trattasi di parafarmacia]

Attenzione: è obbligatorio compilare tutti i campi (es. tempo determinate/indeterminate, mansioni ecc.)

- (1) se trattasi di esercizio commerciale di vendita al pubblico di farmaci senza obbligo di ricetta medica (parafarmacie) è necessario inviare copia della comunicazione di inizio attività, ai sensi del D.L. 223/2006.
(2) indicare il grado di parentela (es. figlio, nipote, genero ecc.) e trasmettere copia del modello CUD o di una busta paga al fine di attestare il versamento dei contributi obbligatori.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

Art. 47 DPR 28.12.2000 N.445

(T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

DA COMPILARSI ESCLUSIVAMENTE SE SI CHIEDE DI VERSARE IL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ
ATTENZIONE: E' INDISPENSABILE PER OTTENERE IL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ

Il/La sottoscritto/a _____
[cognome] [nome]

nato/a il _____ residente in via _____

località _____ provincia _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi e per gli effetti del l'art.76 del D PR 28. 12.2000 n. 445, **al fine della opzione per il versamento del contributo di solidarietà** previsto dal l'art.21 del regolamento dell'Enpaf

dichiara

di non aver percepito, e di non percepire, nell'anno solare per il quale chiede di usufruire del contributo di solidarietà, altri redditi da attività professionale non soggetti a contribuzione previdenziale obbligatoria. **(1)**

Si impegna

a darne immediata comunicazione all'Enpaf qualora la predetta condizione lavorativa subisse variazioni.

[luogo e data]_____
[firma]

(1) Se nell'anno solare, oltre all'esercizio di attività professionale di farmacista in regime di lavoro dipendente, si svolge l'attività professionale anche in regime di lavoro autonomo o in forma imprenditoriale (con partita I.V.A., con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o a progetto ovvero in caso di titolarità, partecipazione sociale o associazione agli utili di parafarmacia) si può ottenere la riduzione massima dell'85% del contributo in misura intera (e non il versamento del contributo di solidarietà).

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO
(Regolamento 2016/679/UE in materia di protezione dei dati personali)

Con la presente, ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) *infra* anche solo "Regolamento", E.N.P.A.F. – Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Farmacisti con sede in Viale Pasteur n. 49, 00144 Roma (*infra* anche solo "Ente"), in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati e le informazioni personali e sensibili, che ha acquisito direttamente dall'Ordine professionale di Sua appartenenza all'atto di iscrizione al relativo Albo, o che l'interessato ci fornisce mediante la compilazione dell'apposito modulo e l'inoltro degli eventuali allegati sono necessari, in ragione dei presupposti obblighi di legge o regolamenti che disciplinano il funzionamento dell'Ente e l'erogazione delle sue prestazioni, per dare corso alle Sue richieste e, in particolare, verranno utilizzati ai soli fini della istruzione e della definizione della pratica che La riguarda.

Il conferimento è facoltativo, ma necessario. In quest'ottica, nel caso in cui Lei ometta di comunicare, in tutto o in parte, i dati che Le sono richiesti ciò potrà interrompere o comunque ritardare l'iter della procedura. I dati forniti saranno utilizzati, da personale appositamente autorizzato, per tutti i trattamenti, anche con sistemi automatizzati, necessari alla definizione della Sua pratica e allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti e per la durata stabiliti dalle leggi o regolamenti applicabili e comunque, al netto di eventuale contenzioso, fino al raggiungimento delle predette finalità, nel rispetto di adeguate misure di sicurezza.

I dati non verranno diffusi se non in esecuzione di obblighi di legge, ma, ove necessario per le finalità sopra indicate, previo consenso dell'interessato per i dati sensibili, verranno comunicati all'Istituto di credito incaricato del servizio di cassa per conto dell'Enpaf e da questo, in caso di accredito su conto corrente ovvero di pagamento allo sportello, alla banca da Lei prescelta per il pagamento della pensione. I dati potranno essere comunicati anche ad altre Amministrazioni o Enti quando ciò sia previsto da leggi o regolamenti, ovvero sia altrimenti necessario per il perseguimento dei fini istituzionali degli Enti riceventi ovvero dell'Enpaf.

In riferimento ai trattamenti sopra citati, sono riconosciuti all'interessato i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Regolamento, fra i quali in particolare, il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti dal Regolamento stesso. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Responsabile Protezione Dati nominato da Enpaf e domiciliato per la funzione presso il recapito sopra indicato, anche scrivendo a dpo@enpaf.it. In qualsiasi momento, in caso di violazione della normativa vigente, è possibile proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali i cui recapiti sono disponibili sul sito www.garanteprivacy.it.

=====

da NON inviare all'ENPAF

domanda di riduzione del contributo previdenziale ENPAF
NOTE INFORMATIVE PER L'ISCRITTO

CHI HA DIRITTO alla riduzione

- Gli iscritti che svolgono attività professionale in regime di lavoro **dipendente** per un periodo anche non continuativo di almeno sei mesi e un giorno nello stesso anno (o comunque per un periodo prevalente). In caso di contratto di lavoro a tempo determinato di durata inferiore a sei mesi ed un giorno, l'Enpaf riconosce la riduzione contributiva in via provvisoria, fermo restando l'obbligo dell'iscritto di documentare entro l'anno solare la propria attività lavorativa al fine di consolidare il diritto alla riduzione contributiva. In mancanza, l'iscritto dovrà versare la quota intera e il maggior importo dovuto verrà riscosso l'anno successivo.
- Gli iscritti che si trovano nella condizione di **disoccupazione** involontaria, documentata con l'iscrizione al Centro per l'Impiego possono ottenere la massima riduzione contributiva per un periodo (anche non continuativo) di cinque anni. Dal sesto anno in poi, in caso di disoccupazione involontaria, sarà applicata d'ufficio la riduzione del 50% del contributo previdenziale.
- Gli iscritti che **non esercitano l'attività professionale di farmacista**, inclusi i pensionati di altri enti. L'aliquota di riduzione massima consentita è pari al 50% del contributo in misura intera.
- Gli iscritti **pensionati Enpaf che non esercitano** l'attività professionale di farmacista. A questi è consentita la riduzione massima dell'85% del contributo in misura intera.



**IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA' PUO' ESSERE RICHIESTO
ESCLUSIVAMENTE DA COLORO CHE SI SONO ISCRITTI DALL'ANNO 2004 IN POI.**

CHI NON HA DIRITTO alla riduzione

Non si ha diritto alla riduzione contributiva se l'attività professionale di farmacista viene svolta:

- in qualità di titolare, socio, collaboratore in impresa familiare, associato agli utili di farmacia, anche per un solo giorno nell'anno
- in via esclusiva o prevalente:
 - in qualità di titolare, socio, collaboratore in impresa familiare, associato agli utili di parafarmacia
 - in regime di lavoro autonomo, con o senza partita IVA;
 - con contratto a progetto o con contratto di collaborazione coordinata e continuativa;
 - con borsa di studio senza ulteriore copertura previdenziale, oltre a quella dell'ENPAF;
 - a titolo gratuito

Per ottenere la riduzione contributiva, **gli iscritti ex titolari o soci di farmacia** devono inviare copia dell'atto di cessione della farmacia o della quota, ovvero copia del relativo provvedimento amministrativo. Se **ex titolari di parafarmacia**, devono produrre copia della comunicazione di cessazione dell'attività di vendita di farmaci oppure copia dell'atto di cessione dell'esercizio. Per gli **ex soci di società che gestisce una parafarmacia**, è necessaria la trasmissione di copia dell'atto di cessione delle quote societarie.

COME COMPILARE la domanda di riduzione

I moduli per la riduzione contributiva devono essere compilati in ogni parte e deve essere allegata la documentazione richiesta negli stessi.

Il codice individuale viene indicato all'iscritto in tutte le comunicazioni inviategli dall'Enpaf e identifica in la sua posizione negli archivi informatici dell'Enpaf. L'indicazione del codice individuale, benché richiesta, non è indispensabile per l'accoglimento della domanda di riduzione contributiva.

Non sono ammesse autocertificazioni inerenti all'attività lavorativa svolta o allo stato di disoccupazione involontaria.

[segue pagina 2]

da **NON** inviare all'ENPAF

domanda di riduzione del contributo previdenziale ENPAF
NOTE INFORMATIVE PER L'ISCRITTO

COME INVIARE la domanda di riduzione

La domanda di riduzione deve essere inviata esclusivamente:

- via pec (posta@pec.enpaf.com)
- tramite raccomandata a.r. (Viale Pasteur 49, 00144 Roma)

In caso di controversia per disguidi di qualsiasi natura, l'unica prova documentale è la ricevuta dell'avvenuta spedizione della raccomandata o dell'avvenuta consegna della pec, che l'iscritto dovrà produrre in copia.

QUANDO INVIARE la domanda di riduzione

- **NUOVO ISCRITTO:** la domanda di riduzione deve essere inviata **entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello di prima iscrizione all'Ordine professionale**. Ad esempio, se l'iscrizione all'Ordine è avvenuta nell'anno 2018, la domanda di riduzione deve essere inviata per entrambi gli anni (2018 e 2019) entro il 30 settembre 2019. Il termine è perentorio e il mancato rispetto comporta l'attribuzione del contributo previdenziale a quota intera per un triennio (anno di prima iscrizione ed i due successivi).
In ogni caso, il nuovo iscritto riceve i bollettini bancari per la riscossione del contributo l'anno successivo a quello della prima iscrizione; pertanto dovrà versare il contributo di due anni. Poiché i bollettini di pagamento vengono inviati entro il primo trimestre dell'anno, può accadere che il nuovo iscritto li riceva prima che sia scaduto il termine per richiedere la riduzione contributiva: in questo caso, la richiesta di pagamento può essere ignorata perché è ancora in essere il diritto alla richiesta di riduzione contributiva che per il nuovo iscritto, si ricorda, cessa il 30 settembre.
ANALOGHE INDICAZIONI SONO VALIDE PER IL FARMACISTA REISCRITTO, cioè per chi si iscrive nuovamente all'Ordine dopo un periodo di cancellazione.
- **GIA' ISCRITTI:** la domanda di riduzione del contributo previdenziale Enpaf **deve essere presentata entro il 30 settembre dell'anno in cui l'iscritto si trovi in una delle condizioni previste dal regolamento per ottenerla**. Il termine può essere prorogato al **31 dicembre** nel caso in cui il periodo utile, ai fini della riduzione contributiva o del contributo di solidarietà, si raggiunga dopo il 30 settembre.

I TERMINI SONO PERENTORI: IL MANCATO RISPETTO COMPORTA L'ATTRIBUZIONE DELLA QUOTA INTERA PER L'ANNO SUCCESSIVO.



SE LA CONDIZIONE CHE HA CONSENTITO DI OTTENERE LA RIDUZIONE CONTRIBUTIVA O IL VERSAMENTO DEL CONTRIBUTO DI SOLIDARITÀ NON E' CAMBIATA,

NON OCCORRE RINNOVARE OGNI ANNO LA DOMANDA DI RIDUZIONE

da **NON** inviare all'ENPAF

ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE QUALIFICABILE COME ATTIVITA' PROFESSIONALE DEL FARMACISTA

- addetto alla tariffazione e controllo delle ricette;
- attività brevettuale;
- attività di farmacovigilanza presso Regioni, ASL, Aziende Ospedaliere, I.R.C.C.S., e industrie farmaceutiche;
- attività regolatoria, la quale si sostanzia nello svolgimento di tutti gli incarichi tecnico-scientifici attinenti alla registrazione di farmaci e medicinali omeopatici, nell'ambito di aziende produttrici di farmaci;
- borsista ovvero assegnista di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco presso la facoltà di Farmacia o CTF;
- borsista ovvero assegnista di ricerca presso facoltà diversa da quella di farmacia o CTF ma con le stesse mansioni di chi operi nelle facoltà suddette;
- borsista presso Aziende USL e istituti di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco con altra copertura previdenziale obbligatoria ulteriore rispetto a quella Enpaf;
- clinical monitor;
- collaboratore o titolare di erboristeria o altro esercizio che effettua preparazioni estemporanee ad uso alimentare, destinate al singolo cliente, vendute sfuse e non preconfezionate e costituite da piante, da sole o in miscela, estratti secchi o liquidi di piante;
- collaboratore di farmacia comunale;
- collaboratore di industria farmaceutica con mansioni attinenti al settore del farmaco;
- collaboratore dipendente di farmacia privata;
- dipendente di azienda che produce additivi o premiscele nel settore dell'alimentazione animale (decreto legislativo n. 23/1999);
- dipendente di esercizio commerciale con vendita di farmaci al pubblico (art 5 DL 223/2006 conv. L. 248/2006);
- direttore del servizio farmaceutico nelle imprese autorizzate all'immissione in commercio di medicinali;
- direttore di deposito o di magazzino all'ingrosso di medicinali per uso umano;
- direttore di farmacia comunale;
- direttore di officina o stabilimento di produzione di specialità medicinali o di materie prime farmacologicamente attive;
- direttore di stabilimento di produzione di gas tossici;
- direttore di stabilimento di produzione di premiscele e mangimi medicati;
- direttore responsabile di farmacia privata;
- direttore tecnico di azienda di produzione e confezionamento di prodotti fitosanitari e relativi coadiuvanti;
- dirigente di I o II livello nel ruolo farmacisti presso uno dei dipartimento o servizi del Ministero della Salute;
- dottorando di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco presso la facoltà di Farmacia o CTF;
- dottorando di ricerca con mansioni attinenti al settore del farmaco presso facoltà diversa da quella di farmacia o CTF ma con le stesse mansioni di chi operi nelle facoltà suddette;
- esperto farmaceutico nel settore della produzione e commercio di medicinali per uso veterinario;
- farmacista con qualifica di product-manager nelle aziende di produzione di medicinali;

ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE QUALIFICABILE COME ATTIVITA' PROFESSIONALE DEL FARMACISTA

- farmacista dirigente negli uffici e servizi farmaceutici delle Asl;
- farmacista dirigente nelle farmacie ospedaliere;
- farmacista negli Istituti di pena;
- farmacista negli istituti di ricerca (con mansioni attinenti al settore del farmaco);
- farmacista nella Croce Rossa;
- farmacista nelle amministrazioni statali qualora per l'assunzione sia necessaria l'iscrizione all'Albo;
- farmacista nelle case di cura;
- informatore scientifico (potranno essere oggetto di valutazione anche ulteriori attività relative alla diffusioni di informazioni e consigli nel settore dei medicinali);
- persona qualificata nelle officine di produzione di medicinali veterinari;
- professore o ricercatore universitario (corso di laurea in Farmacia o in CTF);
- professore o ricercatore universitario presso facoltà diversa da quella di farmacia o CTF ma con mansioni attinenti al settore del farmaco;
- responsabile della vendita diretta al pubblico di medicinali veterinari presso grossisti e produttori;
- responsabile di magazzino all'ingrosso di medicinali veterinari;
- responsabile di sperimentazione scientifica sugli animali ai sensi del D.M. 29 settembre 1995;
- tecnici laureati presso la facoltà di farmacia (corso di laurea in Farmacia o in CTF) con mansioni attinenti al settore del farmaco;

=====

NON Inviare al