

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 _____

residente in _____ provincia _____ c.a.p. _____

via _____ codice fiscale _____

stato civile (1) _____

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

in qualità di iscritto all'Ordine dei Farmacisti di _____

pensionato Enpaf

superstite (2) di _____ deceduto/a il _____

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 di calamità naturale per la quale, con proprio provvedimento, la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha riconosciuto lo di stato di emergenza:

A) l'abitazione principale (3), ubicata nel Comune di _____

provincia di _____ alla via _____ di cui è:

proprietario usufruttuario nella misura del _____%

è stata gravemente danneggiata o dichiarata inagibile.

Allegare documentazione comprovante il danno subito rilasciata dall'organismo competente per legge all'accertamento (4)

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 _____

denominazione dell'esercizio _____

p. IVA o C.F. dell'esercizio _____

di cui è: titolare (5) socio (6) con quota di possesso del _____%

Inoltre, **dichiara che** la società, oltre che dal/dalla sottoscritto/a, è composta da:

_____ (nominativo) _____ codice fiscale _____ quota di possesso _____

_____ (nominativo) _____ codice fiscale _____ quota di possesso _____

_____ (nominativo) _____ codice fiscale _____ quota di possesso _____

_____ (nominativo) _____ codice fiscale _____ quota di possesso _____

e che, i locali dell'esercizio commerciale sono stati gravemente danneggiati o dichiarati inagibili.

Allegare documentazione comprovante il danno subito rilasciata dall'organismo competente per legge all'accertamento (4).

- C)** è avvenuta la cessazione del rapporto di lavoro dipendente derivante dall'esercizio dell'attività professionale di farmacista.
Allegare copia della comunicazione di cessazione del rapporto di lavoro.

DICHIARA infine

- di aver preso visione dell'allegata informativa resa dall'ENPAF ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale sulla Protezione di Dati (GDPR, 2016/679/UE). **(7)**

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

_____ (data)

_____ (firma)

-
- (1)** E' equiparata al coniuge la parte dell'unione civile (Legge n.76 del 20 maggio 2016)
- (2)** Al coniuge superstite del farmacista (iscritto o pensionato) deceduto a causa dell'evento calamitoso e con esso convivente, il contributo assistenziale può essere riconosciuto esclusivamente per danni all'abitazione principale. In mancanza del coniuge, la prestazione sarà erogata ai figli purché facenti parte, al momento dell'evento calamitoso, del medesimo nucleo familiare del genitore deceduto. Se trattasi di più superstiti beneficiari, la somma spettante sarà liquidata al **soggetto delegato** a riscuoterla.
L'onere della produzione documentale attestante le circostanze su indicate è a carico del richiedente.
- (3)** Per abitazione principale si intende l'immobile nel quale il proprietario (o il possessore) e il suo nucleo familiare dimorano abitualmente e risiedono anagraficamente (art.13, c.2, D.L. 201/2011 convertito il L.214/2011). **A tal fine deve essere prodotta documentazione da cui risultino la residenza e la proprietà o l'usufrutto dell'immobile di abitazione nonché la percentuale di possesso.**
- (4)** Ove disponibile, inviare anche ogni altro tipo di documentazione che si ritiene utile per comprovare lo stato dell'immobile.
- (5)** Se l'esercizio di impresa si svolge nella forma dell'impresa familiare o dell'associazione in partecipazione, il contributo assistenziale viene erogato una sola volta e liquidato in favore del titolare.
- (6)** Se l'esercizio di impresa si svolge in forma societaria, la prestazione assistenziale:
- a) viene erogata una sola volta in favore del **socio delegato** (MODELLO DM) a riscuoterla, in presenza di partecipazione esclusiva di soci farmacisti;
 - b) ove i soci farmacisti siano titolari di una quota di partecipazione complessiva non inferiore al 50%, il contributo, calcolato in proporzione alla quota complessiva posseduta, verrà erogato al **socio delegato** (MODELLO DM) a riscuoterla;
 - c) nel caso in cui il richiedente sia l'unico socio farmacista, il contributo assistenziale verrà riconosciuto solo nel caso in cui egli posseda una quota di partecipazione non inferiore al 25%. In tale evenienza, la prestazione assistenziale sarà erogata in misura proporzionale alla quota posseduta.
- IN TUTTI I CASI, SE DISPONIBILE, INVIARE VISURA CAMERALE AGGIORNATA**
- (7)** a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR, 2016/679/UE), **l'elenco dei richiedenti il contributo assistenziale sarà pubblicato con l'indicazione del codice ENPAF in luogo del nominativo.** Il codice personale:
- è indicato sui bollettini MAV predisposti per il pagamento del contributo annuale (**codice archivio generale / codice debitore**);
 - è rilevabile nella sezione 'anagrafica' dell'area personale ENPAF ONLINE (**codice archivio**)
 - può essere richiesto al Servizio Relazioni con il pubblico esclusivamente inviando una email all'indirizzo info@enpaf.it unitamente ad un proprio documento di riconoscimento.

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

In caso di gestione dell'esercizio professionale in forma societaria, ove espressamente indicato, la prestazione assistenziale viene erogata in favore del socio delegato a riscuoterla. Pertanto, per la liquidazione del contributo assistenziale *una tantum* **è necessario che il richiedente produca**, unitamente alla domanda, **l'autorizzazione all'incasso rilasciata da ciascuno degli altri soci e, per ognuno di essi, copia di un documento di riconoscimento.**

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Io sottoscritto/a _____, codice fiscale _____
socio/a della società che gestisce l'esercizio di impresa ubicato nel comune di _____
con denominazione _____
delego il/la dr./dr.ssa _____ a riscuotere
il contributo assistenziale erogato dalla sezione Assistenza dell'Enpaf.

(data)

(firma leggibile)

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Io sottoscritto/a _____, codice fiscale _____
socio/a della società che gestisce l'esercizio di impresa ubicato nel comune di _____
con denominazione _____
delego il/la dr./dr.ssa _____ a riscuotere
il contributo assistenziale erogato dalla sezione Assistenza dell'Enpaf.

(data)

(firma leggibile)

ATTENZIONE! produrre una delega per ogni socio unitamente a copia di un documento di riconoscimento

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA FARMACISTI -
FONDAZIONE ENPAF

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO

Art. 13 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (2016/679/UE)

L' E.N.P.A.F. –Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza Farmacisti- con sede in Viale Pasteur n.49, 00144 Roma, in qualità di Titolare del trattamento informa che tutti i dati e le informazioni personali e sensibili che vengono forniti mediante la compilazione dell'apposito modulo di domanda e degli eventuali allegati sono necessari per l'erogazione delle proprie prestazioni istituzionali e, in particolare, verranno utilizzati ai soli fini dell'istruttoria e della definizione della pratica che La riguarda.

Il conferimento al trattamento dei dati è facoltativo, ma necessario. 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, anche con sistemi automatizzati, da personale appositamente autorizzato a tutti i trattamenti necessari per la definizione della Sua istanza e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'ENPAF. Tali dati saranno trattati con adeguate misure di sicurezza, nei limiti e per la durata stabiliti dalle leggi o dai regolamenti applicabili e, comunque, al netto di eventuale contenzioso, fino al raggiungimento delle predette finalità.

I dati forniti non verranno diffusi se non in esecuzione di obblighi di legge ma, ove necessario per le finalità sopra indicate, saranno comunicati all'Istituto di Credito incaricato del servizio di cassa per conto dell'ENPAF e, da questo, alla banca prescelta per il pagamento della prestazione. I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni o Enti quando ciò sia previsto da leggi o da regolamenti, ovvero sia altrimenti necessario per il perseguimento dei fini istituzionali degli Enti riceventi o dell'ENPAF.

In riferimento ai trattamenti sopra citati, sono riconosciuti all'interessato i diritti di cui agli artt.15 e ss. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR, 2016/679/UE) fra i quali, in particolare, il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione o l'opposizione al trattamento, nonché la portabilità dei dati nei casi previsti dal GDPR stesso. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Responsabile Protezione Dati nominato dall'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 .
