

Servizio Iscrizioni e Prestazioni

### DOMANDA DI ASSISTENZA INDENNITARIA

Il/la sottoscritto/a Avvocato .....  
nato/a a ..... Prov. .... il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
con studio in Via..... al n.ro civico.....  
Città..... Prov ..... C.A.P|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
tel..... cell ..... fax..... e-mail.....  
con residenza in Via..... al n. civico.....  
Città..... Prov..... C.A.P|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Tel..... cell ..... fax..... e-mail.....  
Codice Fiscale |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Partita I.V.A. |\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Iscritto Cassa dal\_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

che gli/le sia concesso l'**indennizzo**, previsto dall'art. 18, secondo comma, della legge n. 141/92 e in base al Regolamento per l'erogazione dell'assistenza, non avendo potuto esercitare, in maniera assoluta, per almeno tre mesi, la professione forense, come da documentazione medica allegata, comprovante il periodo di inabilità e l'incidenza sull'attività professionale, in conseguenza di:

- Infortunio del\_\_\_\_\_
- malattia dal\_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

*(Barrare la casella corrispondente alla situazione in cui si trova il/la richiedente)*

**a)**

- di non godere di alcun trattamento di pensione
- di godere di pensione della seguente natura: \_\_\_\_\_  
a carico di \_\_\_\_\_ con decorrenza dal \_\_\_\_\_

**b)**

conferma i redditi netti, già comunicati alla Cassa, derivanti dall'esercizio della libera professione forense, dichiarati ai fini IRPEF, per i dieci anni antecedenti l'evento, o per tutti gli anni di iscrizione alla Cassa, se inferiori a dieci.

**Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/03, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).**

*firma* \_\_\_\_\_

c) che il reddito netto professionale, relativo all'anno antecedente quello dell'evento, è stato il seguente:  
anno .....reddito netto ai fini IRPEF.....

d) che lo stato di famiglia del sottoscritto/a è composto da.....  
.....  
.....

e)

che non ha ottenuto alcun rimborso

che ha ottenuto un rimborso da: (Servizio Sanitario Nazionale e/o Assicurazioni)

pari ad € \_\_\_\_\_ (come da allegata documentazione).

Letta l'informativa ex art. 13 D.Lgs. n. 196/03, il/la sottoscritto/a rende tutte le dichiarazioni contenute nella presente istanza consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000).

Data \_\_\_\_\_

*firma* \_\_\_\_\_

### CHIEDE

che l'indennizzo sia pagato mediante:

accredito sul conto corrente **bancario/postale**, intestato a proprio nome, presso:

\_\_\_\_\_

Agenzia N. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Codice IBAN \_\_\_\_\_

Codice CIN \_\_\_\_\_

invio di **assegno circolare**, non trasferibile a mezzo lettera ordinaria, presso la residenza sopra indicata.

*N:B: Nel caso di riscossione a mezzo assegno circolare, il/la sottoscritto/a assume a proprio carico le eventuali pratiche da svolgere nei confronti della Banca emittente l'assegno, nonché le spese relative, nel caso di smarrimento, disguido o sottrazione dello stesso, manlevando la Cassa da ogni responsabilità al riguardo.*

*firma* \_\_\_\_\_

Allega :

- **certificazione medica;**

• **fotocopia di un documento di riconoscimento valido**, purché munito di fotografia e di timbro, rilasciato da un'amministrazione dello Stato.

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196)

Si comunica che la presente domanda verrà trattata da questo Ente nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e trasmessa, unitamente alla documentazione medica ivi allegata, come previsto dal Regolamento per l'erogazione dell'Assistenza, al Delegato di zona, per la nomina di un Medico.

Poiché ai sensi dell'art.23 del suddetto D.Lgs n.196/2003, il consenso deve essere manifestato in forma scritta qualora il trattamento riguardi dati personali, **si invita a sottoscrivere** il presente consenso.

### CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, .

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acquisite le informazioni di cui all'art.13 del D.Lgs n. 196/03, **esprime il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali** da parte della Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e di quelle connesse all'istruttoria della domanda di :

### ASSISTENZA INDENNITARIA

nonché alla **trasmissione** della documentazione medica **al Delegato della Cassa**, nella persona dell'Avv. \_\_\_\_\_

che provvederà ad inoltrarla al medico designato per la visita.

Data.....

*firma* \_\_\_\_\_

