

## DOMANDA DI EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO A FAVORE DI GENITORI DI FIGLI PORTATORI DI HANDICAP O MALATTIE INVALIDANTI E PORTATORI DI HANDICAP O MALATTIE INVALIDANTI ORFANI DI ASSOCIATI

art. 49 del Regolamento Unitario

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_, (prov. \_\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
c.a.p. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, tel. cell. \_\_\_\_\_;

### IN QUALITA' DI: (barrare l'ipotesi che ricorre)

- ☐ **iscritto/pensionato alla CNPADC;**
- ☐ **coniuge superstite dell'iscritto/pensionato alla CNPADC**

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

- ☐ **portatore di handicap o malattia invalidante orfano dell'iscritto/pensionato alla CNPADC**

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

### CHIEDE (la domanda deve essere presentata nell'anno di competenza del contributo)

- l'erogazione del contributo di cui all'art.49 del Regolamento Unitario per la/e seguente/i persona/e:

1. Cognome - Nome: \_\_\_\_\_,  
nat \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_;
2. Cognome - Nome: \_\_\_\_\_,  
nat \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_;
3. Cognome - Nome: \_\_\_\_\_,  
nat \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

A tal fine, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenete dati non più rispondenti a verità nonché della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n.445/2000), ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000,

### DICHIARA

- in quanto iscritto/pensionato/coniuge superstite dell'iscritto/pensionato alla CNPADC:
  - ☐ l'esistenza in vita del/della figlio/a \_\_\_\_\_  
nato/a il : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
  - ☐ l'esistenza in vita del/della figlio/a \_\_\_\_\_  
nato/a il : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
  - ☐ l'esistenza in vita del/della figlio/a \_\_\_\_\_  
nato/a il : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- in quanto portatore di handicap o malattia invalidante orfano di iscritto/pensionato alla CNPADC:
  - ☐ la propria esistenza in vita.
- di voler ricevere quanto richiesto mediante accreditamento in c/c bancario n. \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_, intestato al/alla sottoscritt \_\_\_\_\_  
codice IBAN:        \_\_\_\_\_  
e codice BIC/SWIFT: \_\_\_\_\_ (se il conto è estero).

### ALLEGA

- copia documento di identità o di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- **certificato** di stato di famiglia del **richiedente** rilasciato in data non antecedente a tre mesi (*certificato non sostituibile da autocertificazione*);
- copia del tesserino del codice fiscale o della tessera sanitaria di **tutti** i componenti il nucleo familiare del **richiedente**;
- copia integrale della sentenza di separazione o divorzio se intervenuta;
- dichiarazione da parte dell'altro genitore di non percepire identico beneficio da parte di altro ente di previdenza (allegare copia del documento di riconoscimento);
- copia certificazione rilasciata dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art.1 della legge 15/10/1990 n. 295, come previsto dall'art.4 della Legge del 5 febbraio 1992, n.104 (**certificazione da allegare solo in caso di prima richiesta o in caso di richiesta presentata in data successiva a quella di revisione indicata nel certificato già trasmesso alla Cassa**).



Tutte le comunicazioni tra la CNPADC e i Professionisti possono essere inviate e ricevute tramite posta elettronica certificata (PEC). A tal fine nell'area riservata ai Professionisti sul sito [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it) è possibile fornire l'indirizzo PEC per ricevere dalla Cassa comunicazioni, avvisi certificati ed altre informazioni di carattere istituzionale.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, letta l'informativa sul trattamento dei dati pubblicata sul sito [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it), autorizza espressamente il trattamento dei propri dati relativi a categorie particolari (così come definiti ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. a) del Regolamento UE 679/2016), da parte della CNPADC per la gestione e la corretta esecuzione della presente domanda.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*(per esteso e leggibile)*

Il modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato alla CNPADC tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo [servizio.supporto@pec.cnpadc.it](mailto:servizio.supporto@pec.cnpadc.it) o tramite raccomandata A/R all'indirizzo in Roma, Via Mantova, 1 – 00198.