

RACCOMANDATA A.R.

Data.....

Spett.le
E.N.P.A.F.
Servizio Contributi e Prestazioni
Viale Pasteur n. 49
00144 ROMA

I./L...sottoscritt...Dottor.....nat.....
a..... il..... residente in
Via N. CAP
CittàTel.....
codice fiscale
regolarmente iscritto all'Ordine dei Farmacisti.....
della provincia di

C H I E D E

a norma dell'art. 21 del regolamento dell'E.N.P.A.F., di usufruire della riduzione del contributo previdenziale di base nella misura del:

- 33.33 % corrispondente al pagamento dei 2/3 del contributo;
 - 50 % corrispondente al pagamento della metà del contributo;
 - 85 % corrispondente al pagamento del 15% del contributo;
- in quanto:
- a) - in stato di disoccupazione temporanea e involontaria **(1)**;
 - b) - esercente attività professionale con rapporto di lavoro dipendente e soggetto per tale attività
ad altra forma di previdenza obbligatoria;
- c) - non esercente attività professionale **(2)**;
 - d) - pensionato (ENPAF o di altro Ente) che non esercita attività professionale.

Distinti saluti.

Firma

.....

-
1. In tale ipotesi, a decorrere dall'anno 2002, la riduzione del contributo può essere concessa solamente per un periodo massimo complessivo di **5 anni** contributivi.
 2. In tale ipotesi, a decorrere dall'anno 2002, la riduzione massima consentita è pari al **50%**. I neoiscritti che intendano fruire della riduzione dell'85% per gli anni precedenti al 2002 devono farne annotazione a fianco della casella dell'85%.

ATTENZIONE : La domanda di riduzione deve essere presentata entro e non oltre il **30 settembre** e sarà ritenuta valida per l'anno successivo (eccezion fatta per i nuovi iscritti).

La documentazione da allegare e' elencata sul retro della presente.

Modulo aggiornato nel mese di giugno 2001

Documentazione da allegare alla domanda

(in carta semplice)

a. -- Disoccupazione:

dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio attestante:

- o l'iscrizione alla Agenzia per l'impiego (indicando la sede);
- o la data di iscrizione e il numero di posizione;
- o non svolgimento di alcuna attività lavorativa.

a. -- Esercente attività professionale con iscrizione ad altre forme obbligatorie di previdenza:

dichiarazione rilasciata dal datore di lavoro redatta su carta intestata, munita di timbro e firma del legale rappresentante dell'azienda, certificante data di inizio, durata, tipo di rapporto ed il versamento dei contributi previdenziali obbligatori (precisando Istituto e sede) nonché la qualifica rivestita e/o le mansioni svolte.

c) -- Non esercizio di attività professionale:

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante il non esercizio dell'attività professionale.

d) -- Pensionamento:

dichiarazione sostitutiva di atto di certificazione e di atto notorio attestante la titolarità di pensione diretta (precisando l'Ente erogatore e il numero di posizione) e il non esercizio dell'attività professionale.

N.B.: Le domande presentate con documentazione carente o difforme da quanto sopra indicato non verranno prese in considerazione

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO
(art. 10, legge n.675/1996)

In relazione alla domanda di riduzione del contributo previdenziale che verrà da Lei inoltrata, La informiamo, ai sensi dell'articolo 10 della legge 31 dicembre 1996 n.675 "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e successive modificazioni, che i dati e le informazioni che Le sono richiesti sono quelli necessari ai fini della istruzione e della definizione della Sua pratica.

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 relativa alla richiesta di riduzione.

I dati da Lei forniti saranno utilizzati per tutti i trattamenti, anche con sistemi automatizzati, necessari alla definizione della Sua domanda e allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

I dati potranno essere comunicati 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.

Titolare del trattamento è L'Enpaf, Viale Pasteur n.49, 00144 Roma.