ENPACL

Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per i Consulenti del Lavoro

DOMANDA DI PROVVIDENZA STRAORDINARIA

PER CALAMITA' NATURALE DA EPIDEMIA COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

il _____, residente in _____ (___), via/piazza _____

iscritto all'Albo provinciale dei Consulenti del Lavoro di _____ al n._____

consapevole delle responsabilità civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

☐ di svolgere **esclusivamente** attività libero-professionale di Consulente del Lavoro;

☐ di essere stato sottoposto dall'Autorità sanitaria territorialmente competente in:

☐ a) quarantena con sorveglianza attiva

dal _____ al _____

☐ b) permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria

dal _____ al _____

☐ c) ricovero ospedaliero

dal _____ al _____

ó[9 5h a ! b59 {9b½! Lb5L/ !½Lhb9 59[t9wLh5h bhb {!w!bbh [!±hw!¢9ú

Le provvidenze ai punti **a) e b)** saranno deliberate dal Consiglio di Amministrazione

e di aver dovuto pertanto sospendere, in tutto o in parte, in tale periodo la propria attività libero-professionale, con conseguente disagio economico.

CHIEDE

ai sensi degli artt. 25-30 del 'Regolamento di previdenza e assistenza' dell'ENPACL, il riconoscimento di una **provvidenza straordinaria**, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione con delibera n.35 del 18 marzo 2020.

Al riguardo, comunica di seguito gli estremi del conto corrente bancario presso il quale versare il relativo importo:

Istituto di credito _____(denominazione)

Filiale/Agenzia n. _____ presso _____(località)

Codice IBAN _____

Intestato a _____

Dichiara inoltre di aver preso atto dell'informativa di cui dell'art.13 del regolamento U.E. 679/2016, pubblicata sul sito web dell'ENPACL. Dichiara altresì di essere consapevole che il trattamento riguarderà anche dati sensibili e che il rifiuto comporterà l'impossibilità di fruire dei relativi servizi/benefici: infine, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, con particolare riguardo a quelli sensibili, nei limiti e per le finalità precisate nella citata informativa.

Luogo e data _____

NB: Scarica il modello, compila elettronicamente con Acrobat PDF e invia la presente domanda cliccando sul tasto INVIA MODELLO, corredata di copia di un documento di identità in corso di validità all'indirizzo e-mail info@enpacl.it.

SE NON SEI ANCORA IN POSSESSO DEL PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITÀ SANITARIA COMPETENTE, ALLEGA CERTIFICAZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA

INVIA MODELLO