

D I C H I A R A

- a)** - di essere in regola con le prescritte dichiarazioni reddituali (Modd. 5)
- di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali
- di non godere di alcun trattamento di pensione
- di non aver percepito, per lo stesso periodo, l'indennità di maternità e/o altri sussidi assistenziali
- b)** conferma i redditi netti, già comunicati alla Cassa, derivanti dall'esercizio della libera professione forense, dichiarati ai fini IRPEF, nei tre anni antecedenti l'evento, o per tutti gli anni di iscrizione alla Cassa, se inferiori a tre.

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

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 _____

un acconto dell'indennizzo, ricorrendo i presupposti di cui all'art. 16, comma 5, del Regolamento per l'erogazione dell'Assistenza

Data Firma.....

Allega :

- certificazione medica
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (DPR 445/2000) da cui risulti l'assoluta impossibilità ad esercitare l'attività professionale per almeno due mesi
- eventuale dichiarazione di surroga per il caso di infortunio
- 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

(cognome)

(nome)

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**, competente per territorio, nella persona dell'Avv..... che provvederà ad inoltrarla al medico designato per la visita.

Data

Firma.....

ASSISTENZA INDENNITARIA PER INFORTUNIO

Il/La sottoscritto/a.....

D I C H I A R A che:

f) **l'infornio** da cui è derivata l'infermità è avvenuto in data

senza responsabilità di terzi **con responsabilità di terzi**

g) **l'autore** è stato: (nome e cognome).....

h) **il responsabile civile** è:

(sede domicilio).....

i) **la persona o l'Ente** è assicurato per danni contro terzi: SI NO

l) **la denominazione** e l'indirizzo della società di assicurazione e/o di qualsiasi persona o Ente responsabili sono:

m) **ha già ottenuto un indennizzo**: SI pari ad €.....NO

(data del pagamento:))

n) **nei confronti dello stesso autore** pende procedimento penale: SI NO

ovvero

o) **ha proposto azione civile** per ottenere il risarcimento del danno: SI NO

Il sottoscritto/a

SI IMPEGNA

- **a trasmettere** alla Cassa copia dell'atto iniziale del procedimento civile per il risarcimento del danno ed ogni sentenza o ordinanza esecutiva resa dall'autorità giudiziaria civile o penale, entro venti giorni dalla notifica o dal deposito in cancelleria, ovvero copia dell'eventuale successivo atto di transazione;
- **dare comunicazione, in caso di successivo indennizzo, dell'importo ricevuto.**

DICHIARA, inoltre, di **SURROGARE**,

ai sensi dell'art. 1201 Codice Civile, la Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense – Fondazione di Diritto Privato – con sede in Roma, 00193- Via G.G. Belli n. 5 – nei propri diritti fino alla concorrenza dell'importo lordo che verrà liquidato dalla Cassa

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.....

Allega: documentazione comprovante l'ammontare dell'indennizzo ricevuto dall'istituto assicuratore o dal responsabile del danno.