

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO
UNA TANTUM

per farmacisti liberi professionisti e figure assimilate, titolari, soci e associati agli utili di esercizi autorizzati alla vendita di farmaci da banco ai sensi del D.L. n.223/2006 (conv. Legge n.248/2006)

NOVITA'

E' in corso la revisione del regolamento delle prestazioni assistenziali. A tal fine, il Consiglio di Amministrazione dell'Enpaf ha stabilito che nell'anno 2016, per tutte le domande volte ad ottenere le prestazioni erogate dalla Sezione Assistenza, **unitamente alla consueta documentazione fiscale (modelli CU, 730, Unico) deve essere presentato il modello ISEE ordinario 2016 relativo al nucleo familiare del richiedente.** Il modello viene richiesto allo scopo di verificare che i limiti di reddito stabiliti dall'ENPAF per le proprie prestazioni assistenziali siano coerenti con quanto previsto nel sistema generale pubblico.

ATTENZIONE! Per il 2016, l'istruttoria della domanda avverrà sulla base della documentazione fiscale, ma il mancato invio del modello ISEE non consentirà l'inserimento in graduatoria.

Come richiedere l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente)

Il primo passaggio consiste nel rendere la DSU (Dichiarazione Sostitutiva Unica) ad un Caf o alla sede INPS competente per territorio. Chi possiede il PIN dell'INPS, può compilare la DSU direttamente online sul sito dell'INPS.

Ricevuta la DSU, l'INPS aggiorna i dati, calcola l'ISEE e lo rende disponibile al richiedente entro il decimo giorno lavorativo successivo alla presentazione della DSU.

L'ISEE attestato dall'INPS sarà accessibile online sul sito dell'INPS mediante PIN dispositivo (che rilascia lo stesso Istituto di Previdenza) o potrà essere ritirato presso il Caf a cui il richiedente ha conferito mandato scritto.

da NON inviare all'ENPAF

NOTE

- (1) il contributo *una tantum* può essere richiesto **esclusivamente** dagli iscritti all'Enpaf che dall'anno 2015 hanno svolto ininterrottamente, ed in via esclusiva, l'attività di farmacista in regime libero-professionale oppure con contratto di lavoro coordinato e continuativo oppure, ancora, con contratto a progetto e che, pertanto, hanno versato il contributo previdenziale in misura intera negli anni 2015 e 2016. Sono inclusi anche i titolari di borse di studio. Possono altresì richiedere il contributo assistenziale i titolari, i soci e gli iscritti comunque partecipanti agli utili di parafarmacia che presentano i medesimi requisiti. Per ulteriori specifiche si rimanda alla regolamentazione allegata. Eventuali informazioni possono essere richieste all'Ufficio Relazioni con il Pubblico al n. 06/54711 dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00.
- (2) Il conto corrente, bancario o postale, deve essere intestato o cointestato al richiedente. Se esiste un contestatario, indicarne nominativo e data di nascita.

INFORMAZIONI SUL REGIME FISCALE DELLA PRESTAZIONE ASSISTENZIALE

Gli importi erogati a titolo di prestazioni assistenziali sono soggetti a tassazione. Pertanto, ai beneficiari del contributo una tantum, titolari di partita IVA, sarà applicata la ritenuta d'acconto del 20%. Fanno eccezione coloro che, all'atto della domanda, hanno dichiarato di essere soggetti a regime fiscale agevolativo. Per le altre tipologie reddituali, la tassazione sarà assimilata a quella per lavoro dipendente.

Le dichiarazioni rese e la documentazione prodotta potranno essere sottoposte a controllo a campione presso l'Agenzia delle Entrate, l'Agenzia del Territorio, la Camera di Commercio e l'INPS (Casellario dei lavoratori attivi).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di certificazione e di atto notorio

(D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, articoli 46 e 47)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

codice fiscale _____ stato civile _____

residente in _____ provincia _____ c.a.p. _____ via _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, ai fini dell'erogazione di una prestazione assistenziale

dichiara che nell'anno 2015

- ha svolto l'attività professionale in qualità di farmacista:
 - libero professionista con partita IVA
 - con contratto di collaborazione coordinata e continuativa
 - con contratto a progetto
 - borsista

- titolare socio con quota di partecipazione del _____% associato agli utili della parafarmacia ubicata nel Comune di _____
provincia di _____ alla via _____
denominazione dell'esercizio _____

- che, nel medesimo anno, ha conseguito il reddito di cui alla documentazione fiscale allegata **(1)**;
- che l'ISEE ordinario attestato dall'INPS e allegato alla presente è pari a euro _____
[NOTA: *la mancata presentazione del modello ISEE non consentirà l'inserimento in graduatoria*]

- che, **nell'anno 2015**, il proprio nucleo familiare era composto come di seguito indicato **(2)**:
 - 1) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____
(grado di parentela)
 - reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
 - solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(2)**
 - non ha percepito redditi

 - 2) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____
(grado di parentela)
 - reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
 - solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(2)**
 - non ha percepito redditi

 - 3) _____
(nominativo)

(codice fiscale) _____
(grado di parentela)
 - reddito lordo come da documentazione fiscale allegata **(1)**
 - solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata **(2)**
 - non ha percepito redditi

4) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata (1)
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata (2)
 non ha percepito redditi

5) _____

(nominativo)

(codice fiscale)

(grado di parentela)

- reddito lordo come da documentazione fiscale allegata (1)
 solo proprietà immobiliari, come da autocertificazione allegata (2)
 non ha percepito redditi

In caso di accoglimento della domanda, ai fini del trattamento fiscale, **DICHIARA** sotto la propria responsabilità che nel corrente anno di imposta:

- è soggetto a regime fiscale agevolativo (solo per i titolari di partita IVA che hanno aderito al regime dei minimi secondo quanto previsto dall'art.27, D.L. n.98/2011 e successive modificazioni)

Dichiara, infine,

- che la documentazione allegata è conforme all'originale (art.19 D.P.R. 28 dic. 2000 n.445);
- di aver preso visione dell'informativa resa dall'ENPAF ai sensi dell'art.7 del D. Lgs. n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

TOTALE DOCUMENTI ALLEGATI N. _____, **compresa copia del documento di riconoscimento**

(data)

(firma) (3)

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13, D. Lgs. n.196/2003
Codice in materia di protezione dei dati personali

La informiamo che i dati richiesti sono necessari per l'esame e la definizione della presente istanza, anche con sistemi automatizzati, e che la mancata comunicazione degli stessi può essere di pregiudizio alle attività anzidette.

Ove, necessario, i dati verranno comunicati all'Istituto di credito incaricato del servizio di tesoreria per conto dell'Enpaf e, da questo, alla banca prescelta per la liquidazione delle spettanze.

I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni quando ciò sia previsto da leggi o regolamenti oppure, se necessario, per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Enpaf o degli Enti riceventi.

Titolare del trattamento è l'Enpaf, viale Pasteur n.49, 00144 Roma.

-
- (1) allegare copia della documentazione fiscale 2016 (relativa ai redditi percepiti nel 2015). I richiedenti che hanno quota in società devono presentare anche l'Unico Societario.
 - (2) coloro che non hanno percepito redditi, ma posseggono proprietà immobiliari, devono elencarle mediante autocertificazione utilizzando il modello predisposto dall'Enpaf.
 - (3) **LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO DEVE ESSERE TRASMESSA UNITAMENTE ALLA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ.**

AUTOCERTIFICAZIONE PROPRIETA' IMMOBILIARI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

codice fiscale _____ residente in _____

provincia _____ c.a.p. _____ via _____

consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, ai fini dell'erogazione di una prestazione assistenziale

dichiara

di essere proprietario/a degli immobili sotto indicati:

1) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

2) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

3) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

4) immobile ubicato nel Comune di _____ prov. _____, via _____

_____ n. civico _____, percentuale di possesso _____

destinazione d'uso:

abitazione principale

a disposizione del nucleo familiare

locato

in comodato d'uso

altro [specificare] _____

(data)

(firma) **(1)**

(1) l'autocertificazione deve essere trasmessa insieme con la copia di un documento di identità