

All'ORDINE DEI FARMACISTI di _____

via _____

_____ (c.a.p.)

_____ (località)

DOMANDA DI SUSSIDIO

(da inoltrare all'E.N.P.A.F. – Ufficio Assistenza - a cura dell'Ordine dei Farmacisti)

*Si rammenta che per accedere alle prestazioni assistenziali continuative, oltre al requisito reddituale, è indispensabile che sia presente quello relativo all'**anzianità contributiva e all'età anagrafica. (1)***

Il/La sottoscritto/a _____

contribuente ENPAF

pensionato/a ENPAF

superstite di _____ stato civile _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ c.a.p. _____

via _____

codice fiscale _____ recapito telefonico _____

chiede

che gli/le venga corrisposto un sussidio (2) _____

per le seguenti motivazioni: _____

come si evince dall'allegata documentazione.

_____ (data)

_____ (firma)

Allegati n. _____

(1) al momento della domanda, il richiedente deve avere almeno 10 anni di iscrizione e di contribuzione effettive all'Enpaf. Detto requisito è richiesto anche per il farmacista cancellato dall'Albo professionale e per il superstite di farmacista. E' inoltre necessario che l'istante abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età

(2) specificare se si richiede un sussidio a carattere continuativo oppure straordinario. Informazioni in merito sono disponibili nel sito internet all'indirizzo www.enpaf.it oppure possono essere richieste telefonicamente all'E.N.P.A.F. - Ufficio Assistenza - (tel.06/5471.338) oltre che agli Ordini provinciali dei Farmacisti.