

## DOMANDA DI INABILITA' PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA

Io sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ Ing.  Arch.

Matricola n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nat\_ il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ P.E.C. \_\_\_\_\_

### CHIEDO IL TRATTAMENTO DI INABILITA' PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA

A seguito di **infortunio**  **malattia**

NOTA BENE. L'indennità è riconosciuta SOLO in caso di **impedimento totale e assoluto** a svolgere ogni compito e funzione dell'attività professionale per un **periodo superiore a 40 giorni**. Le casistiche rientranti in copertura sono pubblicate sul sito [www.Inarcassa.it](http://www.Inarcassa.it), alla voce Assistenza/Indennità per inabilità temporanea – **Nota operativa n. 2/2014**.

Trasmetto **certificato medico** (*utilizzare il modello*), predisposto da **medico di Struttura Pubblica Ospedaliera o medico ASL** da cui risulta:

- la *causa e la data* di insorgenza della inabilità professionale temporanea;
- il *periodo presunto di inabilità* professionale temporanea direttamente ed esclusivamente conseguente all'infortunio o alla malattia;
- le motivazioni dell'impossibilità ad esercitare *assolutamente e totalmente* – in ogni suo compito e funzione - la libera professione nel periodo di inabilità;

con allegata **copia** della certificazione medica di seguito indicata:

- a) cartella clinica/referto di Pronto Soccorso e/o relazione clinica di dimissione in caso di ricovero ospedaliero;
- b) referti di controlli clinici e/o strumentali effettuati presso ambulatori specialistici, ospedalieri o di altra struttura di cura, successivamente ai trattamenti iniziali;
- c) ulteriore documentazione sanitaria disponibile.

Ai sensi dell'art. 4 del Regolamento dichiaro che la **specifica attività professionale** svolta nel periodo oggetto della tutela è la seguente:

- Studio/Progettazione       Consulenza/docenza       Attività di cantiere (Direzione lavori/ incarichi per la sicurezza / collaudi ecc.)
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Dichiaro altresì che l'attività suindicata è volta:

- Presso studio proprio       Presso sedi di terzi       Presso cantiere o attività che richiede continui spostamenti per esecuzione tecniche

**Attenzione:** il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo [protocollo@pec.inarcassa.org](mailto:protocollo@pec.inarcassa.org), per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211

Cosciente della responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, ai fini del riconoscimento della inabilità professionale temporanea, dichiaro:

<input type="checkbox"/> <b>INFORTUNIO</b> - di aver subito l'infornio in data _____ causato da: <ul style="list-style-type: none"> <li>• a) incidente stradale</li> <li>• b) incidente domestico</li> <li>• c) incidente sul lavoro</li> <li>• d) viaggi aerei turistici o di trasferimento in qualità di passeggero</li> <li>• e) partecipazione a competizioni sportive a carattere amatoriale</li> <li>• f) guida natanti/imbarcazioni ad uso non professionale</li> <li>• g) guida macchine agricole ad uso non professionale</li> <li>• h) guida mezzi locomozione aerei (compresi deltaplani ed ultraleggeri) o subacquei</li> <li>• i) altro (specificare) _____</li> </ul> <p>Descrizione dell'evento _____</p> <p>_____</p>
<input type="checkbox"/> <b>MALATTIA</b> - di essere affetto dalla seguente malattia _____ dal _____
<p>che l'evento infornio / malattia <b>non è stato causato/a</b> da <b>comportamento doloso</b> del sottoscritto né da stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni</p> <p>di aver <b>totalmente sospeso l'esercizio dell'attività</b> professionale per il periodo di inabilità temporanea dal _____ al _____</p>
<p>Ai sensi di quanto previsto dal DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, dichiaro inoltre sotto la mia personale responsabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il reddito professionale presuntivo dell'anno precedente l'evento è di euro _____,00 (dato non necessario se già comunicato). In assenza del dato si acquisirà ai fini del calcolo il reddito dichiarato nel secondo anno antecedente quello della domanda.</li> <li>• di essere tuttora titolare di partita IVA ed iscritto all'Albo Professionale</li> <li>• di non essere assoggettato ad altra forma di previdenza obbligatoria nei periodi di iscrizione ad Inarcassa</li> </ul> <p>Sono inoltre consapevole che, ai sensi dell'art. 1 del Regolamento Inabilità Temporanea, l'indennità non è cumulabile con altre contestuali prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate da Inarcassa, anche in convenzione, e a tal fine dichiaro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di <u>non aver percepito</u> <input type="checkbox"/> <u>non aver diritto</u> <input type="checkbox"/> alla corresponsione della diaria giornaliera prevista nel piano base della polizza sanitaria Inarcassa "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi".</li> <li>• di <u>aver percepito</u> <input type="checkbox"/> <u>aver richiesto</u> <input type="checkbox"/> la corresponsione della diaria giornaliera prevista nel piano base della polizza sanitaria Inarcassa "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi" per il seguente periodo _____ per un totale di n. _____ giorni.</li> </ul>
<p>Il sottoscritto dichiara di non aver potuto rispettare la scadenza per la presentazione della domanda di 30 (trenta) giorni dall'inizio dello stato di inabilità (come attestato nel certificato medico allegato mod. MU333) per i seguenti motivi: _____</p>

Sono consapevole che eventuali **variazioni** attinenti i requisiti di iscrizione ad Inarcassa (variazioni di partita IVA, Albo professionale, assoggettamento ad altra forma di previdenza obbligatoria) incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento e pertanto devono essere **tempestivamente** comunicate **prima della definizione dell'istanza** (riportare eventuali modifiche dello status): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

Firma del dichiarante

È necessario allegare copia di un valido documento di identità

**Attenzione:** il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211

