



ENTE NAZIONALE DI ASSISTENZA MAGISTRALE
V.LE TRASTEVERE,231 – 00153 ROMA
SEDE CENTRALE

RICHIESTA DI SOGGIORNO
CLIMATICO TERMALE

NUMERO DI PROTOCOLLO

DATA DI PRESENTAZIONE

Quadro A/1

DATI DELL'ISCRITTO (O DEL RICHIEDENTE)

cognome _____ nome _____ stato civile _____

nato a _____ () _____ il _____ / _____ / _____
comune di nascita prov. Stato estero gg mm anno

Recapito: via, piazza e località _____ N. _____ () _____
comune di residenza prov. cap.

Telefono _____ Cell. _____
Codice fiscale _____ e.mail _____

Quadro B/1 – All'Ente Nazionale Assistenza Magistrale direttamente alla Sede Centrale dell'Enam

Il sottoscritto richiede l'ammissione:

PER IL PERIODO PRIMAVERILE PRESSO LA CASA DI **OSTIA**

oltre che per il sottoscritto anche per il seguente familiare indicato nell'allegato A: - in tutto persone n.

cognome _____ nome _____ relazione _____

-dichiara di accettare l'ammissione all'ultimo momento SI NO

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' – D.P.R. N. 445/2000 (ART. 46 e 47)

(1)

a) di essere in ruolo dal _____ / _____ / _____ / ,n. partita () _____, attualmente in servizio presso il Circolo Didattico /Istituto
gg mm anno

Comprensivo n. _____ di _____ via _____ n. _____ con qualifica di _____

di essere in pensione dal _____ / _____ / _____ / , immesso in ruolo dal _____ / _____ / _____ / , n. iscrizione () _____
gg mm anno gg mm anno

sua sede INPDAP () _____ con qualifica di _____

che l'iscritto è deceduto il _____ / _____ / _____ / , immesso in ruolo dal _____ / _____ / _____ / , con qualifica di _____
gg mm anno gg mm anno

di aver già fruito di soggiorni climatico/termali ENAM: SI NO

b) che il coniuge dell'iscritto: _____

cognome _____ nome _____

nato a _____ () _____ il _____ / _____ / _____
comune di nascita prov. Stato estero gg mm anno

Svolge o svolgeva attività (2) 1 2 3 4

FIRMA _____

Quadro B/2

Si allega la seguente documentazione:(3)

Data (4) _____ Firma _____ in qualità di (5)

NOTE

- () Il numero di partita, per gli iscritti in servizio, è indicato sul cedolino dello stipendio; quello di iscrizione, per i pensionati è indicato sul prospetto analitico del trattamento pensionistico.
- () La propria sede INPDAP è quella che corrisponde al suddetto trattamento pensionistico.

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 e 47 D.P.R. N. 445/2000)

... l. sottoscritt..... nat... ilaprov.....
consapevole delle conseguenze di natura civile e amministrativa e delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

DICHIARA

a) che la propria famiglia è così composta **(elencare i componenti il nucleo familiare iniziando dall'iscritto, se vivente).**

1.	Cognome e nome (dell'iscritto)	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	
2.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
3.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
4.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
5.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
6.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
7.	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela

Il coniuge non legalmente separato, anche se non incluso nello stato di famiglia, va comunque elencato.

b) che dei componenti il suo nucleo familiare, come sopra descritto, sono fiscalmente a carico i soggetti indicati al n. dell'elenco *(per familiare a carico si intende la persona per la quale spetta la detrazione di imposta).*

Note:

- Barrare le caselle che interessano
- Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che non hanno posseduto redditi superiori al limite massimo, ai fini IRPEF, come previsto dalle norme relative all'ultima dichiarazione dei redditi .
- Gli orfani, ai fini delle prestazioni ENAM, sono considerati a carico anche se titolari di quota parte della pensione di reversibilità che supera il suddetto limite.

c) quanto segue ai fini della individuazione della fascia di appartenenza

ENTITÀ DEL REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE ^(*)	PUNTI	
	(**)	(***)
Reddito familiare fino a € 25.000	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Reddito familiare da oltre € 25.000 e fino a € 50.000	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Reddito familiare da oltre € 50.000 e fino a € 75.000	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Reddito familiare da oltre € 75.000 e fino a € 100.000	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Reddito familiare da oltre € 100.000 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUMERO DELLE PERSONE FISCALMENTE A CARICO		
3 e oltre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
CONDIZIONE ABITATIVA E PROPRIETÀ DEL NUCLEO FAMILIARE		
In affitto, senza casa di proprietà	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Unica casa di proprietà o in uso gratuito	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Proprietà di terreni e/o fabbricati, oltre la casa di abitazione, con un reddito IRPEF da € 200 a €1.000	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Proprietà di terreni e/o fabbricati, oltre la casa di abitazione, con un reddito IRPEF di oltre € 1.000	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
CONDIZIONI SOGGETTIVE		
Presenza nello stesso nucleo familiare di più iscritti o di un solo genitore con figli fiscalmente a carico	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
Isritti con handicap grave o invalidità permanente superiore al 66% (2)	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
Presenza nel nucleo familiare di altri soggetti con handicap grave o invalidità permanente superiore al 66 % (2)	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
Accollo mutuo per acquisto o ristrutturazione unica casa di proprietà acceso con l'INPDAP o con l'Istituto di Credito appresso indicato in scadenza al	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
TOTALE PUNTI		
FASCIA		

EVENTUALE HANDICAP MOTORIO(****)

FASCE DI GRADUAZIONE DEGLI INTERVENTI			
1 ^a fascia	2 ^a fascia	3 ^a fascia	4 ^a fascia (1)
da 1 a 4 punti	da 5 a 6 punti	da 7 a 8 punti	da 9 punti in poi
(1) La 4 ^a fascia è attribuita anche a coloro che, indipendentemente dal numero delle persone fiscalmente a carico, dalla condizione abitativa e proprietà del nucleo familiare, dalle condizioni soggettive, di cui sopra, hanno un reddito familiare superiore ad euro 100.000,			

.. I.. sottoscritt.. dichiara inoltre di essere consapevole che:

l'ENAM, a norma degli artt. 71 e 72 del D.P.R. n. 445/2000, effettuerà dei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

Data Firma.....

Note:

(*) L'ammontare del reddito familiare complessivo è determinato dalla somma dei redditi imponibili, desumibili dall'ultima dichiarazione dei redditi, di tutti i componenti il nucleo familiare elencati alla precedente pag. 2), compresi i coniugi in regime di separazione dei beni. Per i componenti il nucleo familiare non a carico e non obbligati alla presentazione della dichiarazione dei redditi, va computato l'importo del reddito effettivo ascrivibile a ciascun componente

(**) Caselle da barrare a cura del richiedente, in relazione alla propria condizione. Il minor punteggio conseguito indica la condizione di maggior bisogno.

(***) Parte riservata all'ENAM

(****) Al fine di una migliore sistemazione alberghiera

(2) Allegare certificazione rilasciata dalla competente Commissione Medica.

NORME GENERALI

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato direttamente alla Sede Centrale dell'E.N.A.M. – V.le Trastevere, 231 – 00153 Roma.

Ad esso deve essere allegata la documentazione prevista dal bando di concorso E.N.A.M. per l'ammissione degli iscritti e dei loro familiari alle Case di Soggiorno e l'elenco della documentazione sotto riportata.

PRESENTAZIONE DOMANDE DIRETTAMENTE ALLA SEDE CENTRALE ENTRO IL GIORNO 11 GENNAIO 2010.

Il suddetto termine per la presentazione delle domande è perentorio per cui non saranno accettate domande oltre tale termine .

GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA ATTENERSI RIGOROSAMENTE AL BANDO

La domanda deve essere compilata scrivendo in stampatello o a macchina, nella maniera più chiara possibile e firmata ovunque richiesto. La compilazione deve essere effettuata rispettando le norme del bando e le indicazioni seguenti.

QUADRO A/1 Deve essere sempre compilato e deve contenere i dati dell'iscritto all'E.N.A.M., anche se in quiescenza, o del richiedente (se diverso dall'iscritto).

QUADRO B/1 Dati relativi alla domanda di presentazione:

(1)

indicare la data di immissione nei ruoli magistrali per l'iscritto in servizio, la data di immissione nei ruoli magistrali e la data di collocamento a riposo per l'iscritto in quiescenza, la data di decesso per l'iscritto deceduto; indicare la propria sede INPDAP; si richiede la qualifica ricoperta attualmente o al momento dell'entrata in quiescenza o all'atto del decesso.

(2) Scegliere la casella da barrare in base alla seguente tabella:

|_1_| Insegnante di ruolo di Scuola Elementare Statale

|_2_| Insegnante di ruolo di Scuola Materna Statale

|_3_| Direttore Didattico

|_4_| Altre Attività

ELENCO DOCUMENTAZIONE

- 1) Per vedovo/a dell'iscritto/a dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 da cui risulti che non è risposato, che gode di pensione di reversibilità, che è sprovvisto di reddito di lavoro proprio e che al momento del decesso dell'insegnante era fiscalmente a carico dello stesso/a;
- 2) dichiarazione della ASL da cui risulti, ove esista, all'interno del nucleo familiare la condizione di handicap ed, eventualmente, la situazione di gravità accertata o di invalidità superiore al 66% ;
- 3) fotocopia valida della carta di identità;
- 4) fotocopia del documento rilasciato dalla ASL attestante l'inabilità permanente al lavoro per sorelle o fratelli;

QUADRO B/2 Documentazione e firma:

(3) riportare nelle caselle i numeri corrispondenti ai documenti allegati alla domanda facendo riferimento alla tabella di cui sopra

(4) Firma e data; la firma deve essere SEMPRE quella dell'iscritto, se vivente, e la data quella della compilazione;

(5) Scegliere la casella da barrare, in base alla seguente tabella:

|_1_| Insegnante di ruolo di Scuola Elementare Statale

|_2_| Insegnante di ruolo di Scuola Materna Statale

|_3_| Direttore Didattico

|_4_| Altre Attività