

Circolare n°: 12/2020

Oggetto: misure economiche a sostegno della categoria dei Farmacisti.

Sommario: l'Enpaf ha stanziato un primo importo per l'erogazione di un contributo un tantum in favore dei farmacisti interessati a vario titolo dall'emergenza da COVID-19.

Indice: _____

P.1	PREMESSA
P.1	SOGGETTI AMMESSI AL BENEFICIO
P.2	CONDIZIONI LEGITTIMANTI IL CONTRIBUTO
P.2	AMMONTARE DEL CONTRIBUTO
P.3	EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO
P.3	REGIME FISCALE DELLE PROVVIDENZE

PREMESSA: _____

Con deliberazione n. 17 del 23 aprile 2020, pubblicata il 28/4/2020 sul sito istituzionale dell'Ente, il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.F. ha stanziato un iniziale fondo di € 500.000 a sostegno della categoria del Farmacisti, interessata a vario titolo dall'emergenza sanitaria derivante da COVID - 19.

SOGGETTI AMMESSI AL BENEFICIO: _____

Tutti i farmacisti imprenditori individuali, nonché soci di società, esercenti l'attività di farmacia e/o parafarmacia, regolarmente iscritti all'Ente di Previdenza ed in regola con il versamento dei contributi, nonché i farmacisti titolari di pensione Enpaf.

Permane il dubbio se al beneficio possano essere ammessi anche i farmacisti dipendenti di farmacia e/o parafarmacia, purché regolarmente iscritti all'Ente di Previdenza e se siano ammessi al beneficio solo coloro che hanno contribuito per un periodo minimo di 5 anni. Restiamo in attesa di un chiarimento ufficiale.

Riproduzione vietata

CONDIZIONI LEGITTIMANTI IL CONTRIBUTO: _____

Il contributo una tantum, riferito unicamente ad eventi causati dall'emergenza epidemiologica da COVID-19, viene erogato nei seguenti casi:

- a) decesso del farmacista;
- b) ricovero del farmacista presso una struttura ospedaliera;
- c) isolamento obbligatorio domiciliare o presso struttura dedicata, disposto con provvedimento dell'Autorità sanitaria competente;
- d) chiusura temporanea della farmacia o della parafarmacia, in conseguenza del contagio da COVID - 19.

Il provvedimento dell'Ente di Previdenza prescinde dall'anzianità contributiva del richiedente, essendo sufficiente la sola regolarità contributiva.

AMMONTARE DEL CONTRIBUTO: _____

L'intervento assistenziale prevede i seguenti importi, erogabili anche cumulativamente nel caso di fattispecie concomitanti:

- in caso di decesso, € 11.000,00;
- in caso di ricovero ospedaliero, € 200,00 per ogni giornata di ricovero;
- in caso di isolamento obbligatorio domiciliare o presso struttura dedicata, € 100,00 per ogni giornata di isolamento;
- in caso di chiusura temporanea della farmacia o della parafarmacia, € 400,00 per ogni giornata di chiusura. In caso di titolarità di più di un esercizio o di possesso da parte del richiedente di più di una quota societaria, il contributo viene cumulato.

L'erogazione delle provvidenze economiche prescinde dalla situazione reddituale del richiedente per cui non risulta necessario produrre alcuna dichiarazione contabile o fiscale.

EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO: _____

L'istanza deve essere predisposta utilizzando il modello allegato, trasmessa esclusivamente a mezzo di posta elettronica certificata all'indirizzo posta@pec.enpaf.it, debitamente sottoscritta dal richiedente (farmacista o erede dello stesso) e corredata dai seguenti documenti:

- a. per il decesso, una dichiarazione sostitutiva di certificazione (modello DE);
- b. per il ricovero, la documentazione sanitaria da cui emerga il ricovero a causa di positività al COVID-19 e la durata del ricovero stesso;
- c. per l'isolamento obbligatorio, la documentazione amministrativa/sanitaria da cui emerga il periodo di isolamento obbligatorio;
- d. per la chiusura temporanea a causa del contagio virale, la documentazione amministrativa da cui emerga il periodo di chiusura dell'esercizio.

In sede istruttoria l'Ente effettuerà il controllo di regolarità contributiva del richiedente ed escluderà le domande ritenute incomplete, irregolari o presentate oltre il termine di scadenza di 6 mesi decorrenti dall'evento.

REGIME FISCALE DELLE PROVVIDENZE: _____

Il contributo, avendo carattere risarcitorio a fronte dei danni subiti, è esente da tassazione.

Restiamo a disposizione per informazioni, chiarimenti e assistenza.

Cordiali saluti.

Studio Brunello STP s.r.l.
Dr. Franco Cosmo

Allegati:

- *modello di domanda;*
- *modello DE.*

DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE A
indirizzo PEC: posta@pec.enpaf.it (1)

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO *UNA TANTUM*
PER L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19 (0.256)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
residente in via _____ località _____
provincia _____ c.a.p. _____ telefono _____
indirizzo PEC _____

In qualità di:

- farmacista iscritto all'Enpaf;
 superstite del farmacista deceduto

c h i e d e

➤ che gli/le venga corrisposto il contributo *una tantum* a sostegno della categoria per l'emergenza epidemiologica da COVID -19 per l'evento di seguito indicato **(2)**:

- per il decesso del/della farmacista _____, vittima del COVID-19;
- per il ricovero presso una struttura ospedaliera a seguito di positività al COVID-19;
- per l'isolamento obbligatorio domiciliare o presso struttura dedicata disposto dall'Autorità sanitaria competente a seguito di positività al COVID - 19;
- per la chiusura temporanea della farmacia o della parafarmacia, in conseguenza del contagio da COVID-19.

➤ Che, per la liquidazione della presente istanza, l'importo spettante venga corrisposto mediante accredito sul conto corrente intestato a **(3)**

denominazione istituto di credito _____

indirizzo della filiale _____

(- NOTA: i libretti postali NON sono validi)

codice IBAN (riportare nelle caselle sottostanti i 27 caratteri del codice):

- -

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

In caso di decesso causa Covid-19 (punto 1 del regolamento):

- compilare le dichiarazioni nell'allegato Modello DE;

In caso di ricovero presso struttura ospedaliera (punto 2 del regolamento):

- allegare la documentazione sanitaria che attesta il ricovero a causa di positività al COVID -19 e la sua durata;

In caso di isolamento obbligatorio domiciliare o presso struttura sanitaria dedicata
(punto 3 del regolamento)

- allegare la documentazione sanitaria/amministrativa che attesta l'isolamento obbligatorio domiciliare o presso struttura dedicata, a causa di positività al COVID – 19 e la sua durata;

In caso di chiusura temporanea della farmacia o della parafarmacia per contagio da COVID-19 (punto 4 del regolamento)

- allegare la documentazione amministrativa che attesta il periodo di chiusura dell'esercizio per COVID-19 e compilare la parte sottostante.

DATI IDENTIFICATIVI DELLA FARMACIA o della PARAFARMACIA di cui è:

titolare socio

Ubicazione: Comune di _____, provincia _____

Via _____ Cap _____

Denominazione dell'esercizio _____

p.IVA o C.F. dell'esercizio _____

Il/la sottoscritto/a, 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 contributo una tantum

dichiara che la società, oltre che dal/dalla sottoscritto/a, è composta da:

[dichiarazione richiesta solo ai farmacisti iscritti titolari di quote societarie]

(nominativo)

codice fiscale

(nominativo)

codice fiscale

(nominativo)

codice fiscale

(data)

(firma)

- **dichiara**, che la documentazione allegata è conforme all'originale (art.19 D.P.R 28.12.2000 n.445);
- **dichiara**, inoltre, di aver preso visione dell'allegata informativa resa dall'ENPAF ai sensi dell'art.13 del Regolamento Generale sulla Protezione di Dati (GDPR, 2016/679/UE).

Ai fini della liquidazione del contributo, il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei dati personali sensibili, compresa la comunicazione ai terzi indicati, nei limiti della predetta finalità. (art.13, Regolamento 2016/679/UE)

_____ (data)

_____ (firma)

ALLEGA alla presente:

- copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- la delega alla riscossione, in caso di gestione societaria dell'impresa oppure in caso di più figli superstiti.

_____ (data)

_____ (firma)

(1) Il contributo *una tantum* può essere richiesto **esclusivamente** a mezzo PEC all'indirizzo di Posta Certificata: posta@pec.enpaf.it

(2) . Per ulteriori specifiche si rinvia alla delibera consiliare n. 17 del 23 aprile 2020.

(3) Il conto corrente deve essere intestato o cointestato al richiedente. Se esiste un cointestatario, indicarne nominativo e data di nascita

modulo redatto ad aprile 2020

ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA FARMACISTI -
FONDAZIONE ENPAF

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO

Art. 13 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (2016/679/UE)

L' E.N.P.A.F. –Ente Nazionale di Previdenza e di Assistenza Farmacisti- con sede in Viale Pasteur n.49, 00144 Roma, in qualità di Titolare del trattamento informa che tutti i dati e le informazioni personali e sensibili che vengono forniti mediante la compilazione dell'apposito modulo di domanda e degli eventuali allegati sono necessari per l'erogazione delle proprie prestazioni istituzionali e, in particolare, verranno utilizzati ai soli fini dell'istruttoria e della definizione della pratica che La riguarda.

Il conferimento al trattamento dei dati è facoltativo, ma necessario. Nel caso in cui Lei ometta di comunicare, in tutto o in parte, i dati che Le sono richiesti, ciò potrà interrompere o, comunque, ritardare l'iter della procedura.

I dati forniti saranno utilizzati, anche con sistemi automatizzati, da personale appositamente autorizzato a tutti i trattamenti necessari per la definizione della Sua istanza e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'ENPAF. Tali dati saranno trattati con adeguate misure di sicurezza, nei limiti e per la durata stabiliti dalle leggi o dai regolamenti applicabili e, comunque, al netto di eventuale contenzioso, fino al raggiungimento delle predette finalità.

I dati forniti non verranno diffusi se non in esecuzione di obblighi di legge ma, ove necessario per le finalità sopra indicate, saranno comunicati all'Istituto di Credito incaricato del servizio di cassa per conto dell'ENPAF e, da questo, alla banca prescelta per il pagamento della prestazione. I dati potranno essere comunicati ad altre Amministrazioni o Enti quando ciò sia previsto da leggi o da regolamenti, ovvero sia altrimenti necessario per il perseguimento dei fini istituzionali degli Enti riceventi o dell'ENPAF.

In riferimento ai trattamenti sopra citati, sono riconosciuti all'interessato i diritti di cui agli artt.15 e ss. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR, 2016/679/UE) fra i quali, in particolare, il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione o l'opposizione al trattamento, nonché la portabilità dei dati nei casi previsti dal GDPR stesso. Tali diritti potranno essere esercitati rivolgendosi al Responsabile Protezione Dati nominato dall'ENPAF e domiciliato per la funzione presso il recapito sopra indicato, anche scrivendo a dpo@enpaf.it. In qualsiasi momento, in caso di violazione della normativa vigente, è possibile proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali i cui recapiti sono disponibili sul sito www.garanteprivacy.it .

da inviare unitamente alla domanda di contributo a sostegno della categoria per COVID-19

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

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

Il/La sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

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

DICHIARA

➤ che il/la farmacista _____ nato/a il _____,
a _____, iscritto/a all'Ordine
di _____, è deceduto/a in data _____,
a seguito di contagio da COVID-19.

➤ che il grado di parentela con il/la deceduto/a è il seguente (1):

coniuge non legalmente separato

figlio/a (*)

genitore

(*) In presenza di più figli superstiti, indicarne i nominativi ed allegare la delega alla riscossione da parte degli altri fratelli/sorelle:

1) _____
(nominativo) (codice fiscale)

2) _____
(nominativo) (codice fiscale)

3) _____
(nominativo) (codice fiscale)

(data)

(firma)

➤ **In caso di figli minori o di soggetti interdetti**

allegare provvedimento giudiziario di nomina a tutore e di autorizzazione all'apertura del conto corrente.

(1) ATTENZIONE! Il contributo può essere richiesto dal coniuge non legalmente separato; in assenza del coniuge, dai figli e, da ultimo, dai genitori se assenti il coniuge e i figli.

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Da utilizzare:

- per la richiesta inoltrata per il decesso del/ della farmacista se presenti più figli superstiti;
- per la richiesta inoltrata per il contributo a seguito di chiusura della farmacia o della parafarmacia, in caso di gestione societaria dell'esercizio commerciale.

Pertanto, per la liquidazione del contributo assistenziale *una tantum* è necessario che il richiedente produca, unitamente alla domanda, **l'autorizzazione all'incasso rilasciata da ciascuno degli altri aventi titolo e, per ognuno di essi, copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Io sottoscritto/a _____, codice fiscale _____

delego _____ a riscuotere il contributo a

sostegno della categoria per COVID-19 erogato dalla sezione Assistenza dell'Enpaf.

(data)

(firma leggibile)

DELEGA ALLA RISCOSSIONE

Io sottoscritto/a _____, codice fiscale _____

delego _____ a riscuotere il contributo a

sostegno della categoria per COVID-19 erogato dalla sezione Assistenza dell'Enpaf.

(data)

(firma leggibile)