



Spett.le
ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA
 Lungotevere dei Mellini 27
 00193 - ROMA

DOMANDA DI CONTRIBUZIONE VOLONTARIA

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	N. iscrizione
---------	------	---------------

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile	Codice fiscale
-------------------	-------	-----------------	--------------	----------------

Residente in

Via	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----	--------	-------	-----	------

Domiciliato in (da utilizzare anche per l'invio della corrispondenza)

Via	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----	--------	-------	-----	------

Attuale iscrizione al Collegio Provinciale Ipasvi:

Collegio Ipasvi di	Qualifica	N. iscrizione	Data iscrizione	Sigla collegio
--------------------	-----------	---------------	-----------------	----------------

consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dalla falsità negli atti e dall'uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000

DICHIARA

- 1) di essere iscritto all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica dal.....
..... a tutt'oggi
- 2) di essere in regola con l'adempimento degli obblighi dichiarativi e contributivi
- 3) di aver cessato di esercitare la libera professione infermieristica dal/...../.....

CHIEDE

- DI ESSERE AMMESSO ALLA CONTRIBUZIONE VOLONTARIA A PARTIRE DAL...../...../.....*

* (INDICARE LA DATA SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE)

- DI PROSEGUIRE IL VERSAMENTO VOLONTARIO
 ANCHE DOPO IL RAGGIUNGIMENTO DEL REQUISITO
 MINIMO CONTRIBUTIVO (5 ANNI) PER IL DIRITTO A PENSIONE

SI

NO

Documentazione da allegare:

1. fotocopia di un documento d'identità valido
2. certificato d'iscrizione al Collegio IPASVI
3. certificazione attestante la cessazione dell'attività libero professionale

Data _____

Firma _____