



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

DICHIARAZIONE DI PROSECUZIONE CONTRIBUZIONE VOLONTARIA

Il/La sottoscritto/a:

Cognome	Nome	Sesso
---------	------	-------

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

Residente in:

Indirizzo	Comune	Prov.	CAP	Tel.
-----------	--------	-------	-----	------

Iscritto/a all'Ente dal:

Data iscrizione	Numero iscrizione	Data inizio contribuzione volontaria
-----------------	-------------------	--------------------------------------

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000

DICHIARA

(barrare solamente la casella di interesse)

di voler terminare il rapporto di contribuzione volontaria al raggiungimento del requisito contributivo minimo per il diritto a pensione, come previsto dall'art.14 del Regolamento di Previdenza

ovvero

di voler proseguire il versamento volontario oltre il minimo contributivo previsto per il diritto a pensione

Il/La sottoscritto/a allega alla presente dichiarazione **una fotocopia di un documento d'identità valido.**

Data _____

Firma _____