



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

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

(inviare con raccomandata a/r)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	N. iscrizione all'Ente
---------	------	------------------------

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

Residente in:

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

Domiciliato in: *(da compilare se diverso dalla residenza)*

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

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

DI ESSERE ISCRITTO/A A CODESTO ENTE DI PREVIDENZA E **DI AVER CESSATO L'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA, IN QUANTO** *(compilare solo le parti di interesse)*:

A) non è più titolare della Partita IVA n.

con codice attività per effetto della dichiarazione di cessazione attività dal

B) non è più associato dello studio professionale

Denominazione dello studio		Via		
Prov.	Comune	Codice Fiscale	Partita IVA	dalla data del

C) non è più titolare di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa dal

D) non svolge più attività di lavoro autonomo presso la cooperativa sociale

Denominazione della Cooperativa		Via		
Prov.	Comune	Codice Fiscale	Partita IVA	dalla data del

TANTO PREMESSO IL/LA SOTTOSCRITTO/A CHIEDE

**DI ESSERE CANCELLATO DALL'ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA
DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA**

Il sottoscritto allega alla presente domanda la seguente documentazione:

1. una fotocopia leggibile di un documento di identità valido;
2. certificato originale (o copia autenticata da pubblico ufficiale) di cessazione di attività rilasciato dall'Agenzia delle Entrate **(nel caso di titolare di partita IVA);**
3. attestazione originale (o copia autenticata da pubblico ufficiale) comprovante la dissociazione dallo studio **(nel caso di associato a studio professionale);**
4. dichiarazione originale (o copia autenticata da pubblico ufficiale) del committente indicante la data fine rapporto **(nel caso di co.co.co.);**
5. attestazione originale (o copia autenticata da pubblico ufficiale) comprovante la conclusione del rapporto di lavoro autonomo con la cooperativa **(nel caso di socio di cooperativa).**

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI SULLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Requisiti per la cancellazione

La domanda di cancellazione **deve** essere presentata da tutti coloro che non siano più iscritti ad un Collegio Provinciale IPASVI (**cancellazione obbligatoria**).

La domanda di cancellazione **può** essere inviata da coloro che, pur rimanendo iscritti al Collegio, cessino di svolgere attività libero professionale (**cancellazione facoltativa**).

Modalità e termini di presentazione

La domanda deve essere presentata compilando l'apposito modulo predisposto dall'Ente ed inoltrata al seguente indirizzo: Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, Lungotevere dei Mellini, 27, 00193 Roma. Al modulo di domanda deve obbligatoriamente essere allegata la prescritta documentazione da prodursi in originale o in copia autenticata.

Nel caso di cancellazione dal Collegio provinciale, la domanda di cancellazione dall'Ente (**cancellazione obbligatoria**) deve essere inviata tempestivamente; nel caso di **cancellazione facoltativa** la relativa domanda potrà essere presentata in qualsiasi momento ma, in ogni caso, non potrà avere decorrenza antecedente alla data di effettiva cessazione dell'attività libero professionale.

Il provvedimento di cancellazione

A seguito della presentazione della domanda di cancellazione, gli Uffici dell'Ente provvederanno a svolgere la relativa istruttoria ed a sottoporre l'istanza all'Organo competente per la deliberazione. Il provvedimento di cancellazione sarà tempestivamente comunicato all'interessato. A norma dell'art. 9 del Regolamento di Previdenza, la domanda di **restituzione dei contributi** versati all'Ente potrà essere inoltrata da chi non è più iscritto (utilizzando l'apposito modulo) **non prima del compimento dell'età pensionabile e solamente nel caso in cui non siano maturati cinque anni di contribuzione utile per il diritto alla pensione di vecchiaia.**