



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

DOMANDA DI RIDUZIONE DELLA CONTRIBUZIONE

(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 utilizzare anche per l'invio della corrispondenza)

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,

CHIEDE

di poter usufruire, per l'anno _____, della riduzione del **(le riduzioni non sono cumulabili - barrare solo le caselle d'interesse):**

A) CONTRIBUTO SOGGETTIVO MINIMO per:

- CONTEMPORANEO ESERCIZIO ATTIVITA' DI LAVORO DIPENDENTE (art. 3, comma 4 Reg. Prev.)
- INATTIVITA' PROFESSIONALE PER 6 MESI NEL CORSO DELL'ANNO (art. 3, comma 5 Reg. Prev.)

B) CONTRIBUTO SOGGETTIVO, in quanto:

- HA COMPIUTO 65 ANNI DI ETA' (art. 1, comma 8 Reg. Prev.).

Allegare:

- 1) una fotocopia leggibile di un documento d'identità;
- 2) nel caso di riduzione per lavoro dipendente: l'attestato di servizio;
- 3) nel caso di riduzione per inattività (a seconda del regime in cui si è svolta l'attività professionale):
 - ✓ copia autenticata del registro IVA dell'anno;
 - ✓ dichiarazione originale (o in copia autenticata) del legale rappresentante dello studio associato;
 - ✓ dichiarazione originale (o in copia autenticata) del committente.

Data _____

Firma _____