



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

## DOMANDA DI PENSIONE DI VECCHIAIA

### Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome
---------	------

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

### Residente in

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

### Iscritto all'Ente di Previdenza

N. iscrizione	Data iscrizione	Data cancellazione
---------------	-----------------	--------------------

### La propria famiglia si compone di:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Data e luogo di nascita

Il/La sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 14, 15 e 16 del Regolamento di Previdenza dell'Ente

## CHIEDE

la liquidazione della pensione di vecchiaia maturata con decorrenza dal \_\_\_\_\_

A tal fine, 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 che** (barrare solo le caselle d'interesse):

- non gode di altri trattamenti pensionistici
- gode di pensione della seguente natura \_\_\_\_\_ a carico di \_\_\_\_\_  
 con decorrenza dal \_\_\_\_\_
- ha presentato domanda di ricongiunzione dei periodi assicurativi maturati presso l'Ente

**segue sul retro**

**segue**

Il sottoscritto chiede che la pensione sia erogata mediante:

emissione di **assegno circolare** non trasferibile intestato al sottoscritto, ed, a tal fine, esonera codesto Ente da ogni responsabilità derivante dallo smarrimento degli assegni o da illecita riscossione degli stessi da parte di terzi.

**bonifico bancario**, con le seguenti coordinate:

Banca _____ filiale di _____
via _____ conto numero _____
codice ABI _____ codice CAB _____

**Allega alla presente domanda:**

1. una fotocopia leggibile di un documento d'identità valido;
2. un certificato di esistenza in vita.

**Informativa sulla privacy**

L'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica informa la S.V. che i dati acquisiti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati, chiedendone l'aggiornamento ovvero la cancellazione.

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Il sottoscritto, acquisite le sopra riportate informazioni, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

---

**INFORMAZIONI SULLA PENSIONE DI VECCHIAIA**

**Soggetti legittimati**

L'art. 14 del Regolamento di Previdenza stabilisce che il diritto alla pensione di vecchiaia si consegue al compimento del 65° anno di età a condizione che risultino versati dall'iscritto e accreditati in suo favore almeno cinque anni (60 mesi) di contribuzione effettiva. Il limite di età è ridotto a 57 anni qualora l'iscritto abbia maturato un'anzianità contributiva non inferiore a 40 anni.

**Importo della pensione**

L'importo della pensione annua è determinato secondo il sistema contributivo, moltiplicando il montante individuale dei contributi soggettivi versati per il coefficiente legale di trasformazione, di cui alla tabella A) del Regolamento di Previdenza.

**Decorrenza**

La pensione di vecchiaia è liquidata, su domanda dell'iscritto avente diritto, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello di maturazione del diritto ed è corrisposta in tredici mensilità di eguale importo.

**Supplemento di pensione**

I contributi versati per periodi successivi alla data di decorrenza della pensione danno titolo ad un supplemento di pensione. La liquidazione del supplemento può essere richiesta quando siano trascorsi almeno due anni dalla data di decorrenza della pensione, ovvero dall'ultima liquidazione del supplemento.