



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

DOMANDA DI ISCRIZIONE

(Inviare con raccomandata a/r entro 60 giorni dall'inizio dell'attività libero professionale)

II/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
E-mail	Telefono	Cellulare	

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28/12/00 N. 445 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E DELLA DECADENZA DEI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI CUI ALL'ART. 75 DEL D.P.R. DEL 28/12/00 N. 445; AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 47 DEL CITATO D.P.R. 445/2000; SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

DICHIARA

di essere nato/a

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Codice Fiscale
-------------------	-------	-----------------	----------------

di essere residente

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

di essere domiciliato (da utilizzare anche per l'invio della corrispondenza)

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

che la propria famiglia si compone come segue:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Luogo di Nascita	Data di Nascita

di essere iscritto/a al Collegio Provinciale Ispasvi (indicare l'eventuale trasferimento)

Collegio Ispasvi di	Qualifica	N'iscrizione	Data Iscrizione

IL/LA SOTTOSCRITTO/A, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 1 E 2 DEL REGOLAMENTO DI PREVIDENZA

Di esercitare attività libero professionale, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato, in forma singola, associata, attraverso rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, in qualità di socio di cooperative sociali inquadrato come lavoratore autonomo, nonché per mezzo di prestazioni non abituali *

CHIEDE

ESSERE ISCRITTO/A ALL'ENPAPI DAL _____ (data di effettivo esercizio della libera professione)

* allegare alla domanda di iscrizione la documentazione comprovante lo svolgimento dell'attività libero professionale (es. certificazione partita IVA, attestazione studio associato, copia del contratto di collaborazione, certificazione del rapporto instaurato presso la cooperativa, copie delle ricevute per prestazioni occasionali)

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di:

- 1) essere già stato iscritto all'Ente NO SI dal.....
- 2) essere iscritto/a ad altra forma di previdenza obbligatoria NO SI
- 3) essere in stato di quiescenza NO SI dal.....
- 4) svolgere, oltre quella infermieristica, la seguente ulteriore attività.....

RICHIESTA RIDUZIONI/ESONERI CONTRIBUTIVI (questa sezione deve essere compilata solo dagli aventi diritto alle riduzioni/esoneri contributivi previsti dal Regolamento di Previdenza)

Il/La sottoscritto/a chiede di poter usufruire della (**le riduzioni e gli esoneri non sono cumulabili**):

A) riduzione del contributo soggettivo minimo in quanto:

- ✓ svolge contemporaneamente attività di lavoro dipendente con orario di lavoro inferiore o pari alla metà del tempo pieno
- ✓ non ha compiuto l'età di anni 26 e chiede la riduzione: per l'anno in corso
- per l'anno successivo

B) riduzione della contribuzione soggettiva in quanto ha compiuto l'età di 65 anni

C) esonero dal versamento dei contributi minimi soggettivo ed integrativo in quanto svolge contemporaneamente attività di lavoro dipendente con orario di lavoro superiore alla metà del tempo pieno

Documentazione da allegare alla domanda:

1. fotocopia leggibile di un documento d'identità valido;
2. copia del certificato di iscrizione al Collegio IP.AS.VI.;
3. documento comprovante il tipo di attività di lavoro libero professionale svolta;
4. attestato di servizio (nel caso di richiesta di riduzione/esoneri per contestuale lavoro dipendente) con specifica dell'orario di lavoro (tempo pieno ovvero part-time; se part-time: specificare se superiore ovvero inferiore alla metà del tempo pieno).

Data _____

Firma _____

Informativa sulla privacy

La informiamo che, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche ed integrazioni, i dati e le informazioni richiesti verranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali e nel rispetto degli obblighi di riservatezza e di sicurezza. Il trattamento dei dati personali verrà effettuato con l'ausilio di mezzi manuali ed informatici. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto renderebbe impossibile il perfezionamento degli adempimenti che La interessano e l'esercizio dei connessi diritti ed obblighi. I suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto di cui all'art. 26, 5° comma del D.Lgs 196/2003, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti, solo per lo svolgimento delle funzioni inerenti alla gestione della Sua posizione, allo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, nei limiti stabiliti da leggi o regolamenti.

In ogni momento la S.V. potrà accedere a tali dati chiedendone la modifica, l'aggiornamento ovvero la cancellazione.

Titolare del trattamento è ENPAPI, Lungotevere dei Mellini, 27 - 00193 Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente.

Consenso al trattamento dei dati

Il sottoscritto, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente **acconsente** al trattamento dei **dati personali**, eventualmente comunicati a soggetti terzi in relazione a specifici incarichi per servizi bancari, finanziari o assicurativi; attività di lavorazione a stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni agli assicurati; servizi informatici o di assistenza telefonica; archiviazione per conto dell'Ente, ed **acconsente**, inoltre, al **trattamento dei dati sensibili**, già acquisiti o che saranno acquisiti dall'Ente a seguito delle operazioni o dei contratti indicati dall'informativa, sempre nei limiti in cui gli stessi siano strumentali per la specifica finalità perseguita dall'operazione o dei servizi da me richiesti.

Data _____

Firma _____