



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

## DOMANDA DI RISCATTO DELLE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI

### Il/La sottoscritto/a

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

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,

### DICHIARA

1) DI ESSERE ISCRITTO A CODESTO ENTE DI PREVIDENZA DAL \_\_\_\_\_ CON N. ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

2) DI ESSERE STATO ISCRITTO, NEL PERIODO OGGETTO DEL RISCATTO AL COLLEGIO IPASVI DI: \_\_\_\_\_  
 DAL \_\_\_\_\_ CON N. ISCRIZIONE \_\_\_\_\_

3) DI AVER ESERCITATO LA LIBERA PROFESSIONE ANTECEDENTEMENTE **AL 1.01.1996**, COME:

**A) titolare della Partita IVA n.**

con codice attività

per effetto della dichiarazione di inizio di attività dal

**B) associato dello studio professionale**

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

**C) titolare di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa dal**

segue

**D) attività di lavoro autonomo presso la cooperativa sociale**

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

PERTANTO

**CHIEDE**

IL RISCATTO DEI SEGUENTI ANNI:

--	--	--	--	--	--

con la seguente modalità:

A) Versamento dei **contributi soggettivi minimi**

ovvero

B) Versamento dei contributi soggettivi calcolati in base al reddito libero professionale dichiarato. A tal fine dichiara di aver conseguito i seguenti redditi:

<b>Anno</b>						
<b>Reddito</b>						

INOLTRE

**DICHIARA**

di voler effettuare il versamento con le seguenti modalità:

- Unica soluzione, da versare entro due anni dalla data di invio o consegna della presente domanda  
ovvero
- Secondo un piano di rateizzazione in ..... anni\*, alle condizioni previste dal Regolamento vigente per i riscatti

**Il sottoscritto allega alla presente domanda una fotocopia leggibile di un documento di identità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**INFORMAZIONI SULLA DOMANDA DI RISCATTO**

**Requisiti per il riscatto**

La domanda di riscatto può essere presentata da tutti coloro che:

- 1) al momento della presentazione della domanda risultano iscritti all'Ente da almeno 5 anni e da non più di 7;
- 2) abbiano esercitato la libera professione nel periodo antecedente al 1.01.1996 (data di inizio della copertura previdenziale obbligatoria);
- 3) siano iscritti ad un Collegio provinciale IP.AS.VI. nel periodo oggetto del riscatto.

Non è viceversa rilevante che nel periodo oggetto di riscatto, il richiedente sia stato iscritto ad altro Ente o forma di previdenza.

**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 una fotocopia leggibile di un documento di identità valido.

**Il provvedimento di riscatto**

A seguito della presentazione della domanda di riscatto, gli Uffici dell'Ente provvederanno a svolgere la relativa istruttoria ed a sottoporre l'istanza all'Organo competente per la deliberazione. Il provvedimento di riscatto sarà tempestivamente comunicato all'interessato.

\* Il piano di rateizzazione non può essere superiore a 5 anni né in ogni caso prevedere dei versamenti successivamente alla data di maturazione del diritto a pensione di vecchiaia. Sulle somme oggetto di rateizzazione sarà applicato un tasso di dilazione pari al tasso legale annuo *pro-tempore* vigente, maggiorato di 5 punti percentuali. Si veda il "Regolamento relativo ai criteri per il riscatto di attività professionali precedenti all'iscrizione all'Ente, ex art. 33 del Regolamento di Previdenza", punto n. 5.