

Spett.le
**ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA
 della PROFESSIONE INFERMIERISTICA**
 Via Alessandro Farnese, 3
 00192 - ROMA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

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

II/ La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Codice Fiscale	Tel./cell.	Email	

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 AI FINI DELL'ISCRIZIONE ALL'ENTE, COSÌ COME PREVISTO DAGLI ARTT. 1 E 2 REG. PREV.

DICHIARA

1) di essere nato/a

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Nazionalità
-------------------	-------	-----------------	-------------

2) di essere residente

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

3) di essere domiciliato (compilare solo se diverso dalla residenza)

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

4) che la propria famiglia si compone come segue:

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

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

Collegio Ipasvi di	Qualifica	N'iscrizione	Data Iscrizione

6) di svolgere attività infermieristica libero-professionale DAL _____

SOTTO FORMA DI:

- TITOLARE DI PARTITA IVA N. _____ Numero di Partita IVA _____ COD. ATTIVITA' _____
- ASSOCIATO ALLO STUDIO PROFESSIONALE: _____ Denominazione Studio _____
- TITOLARE DI RAPPORTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA: _____ Denominazione Committente _____
- SOCIO DI COOPERATIVA SOCIALE CON RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO: _____ Denominazione Coop. Soc. _____
- ATTIVITA' DI LAVORO AUTONOMO NON ABITUALE



II/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)

II/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

Data _____

Firma leggibile _____

Documentazione da allegare alla domanda:

1. fotocopia leggibile di un documento d'identità valido;
2. 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).

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 leggibile _____