



Spett.le
**ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA**
Via Alessandro Farnese, 3
00193 - ROMA

DOMANDA DI VARIAZIONE DELL'ESTRATTO CONTO

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

recapito telefonico: _____ Indirizzo e-mail _____

(barrare la casella che interessa)

chiede la correzione dei dati anagrafici e/o di residenza, come di seguito indicato

Quadro da compilare esclusivamente in caso di variazione dei dati anagrafici e di residenza		
Codice fiscale		
Cognome		
Nome		
Data di Nascita	Sesso	
Luogo di Nascita	Prov.	
Località estera di nascita	Stato estero di nascita	
Indirizzo di residenza	Cap	Prov.
Indirizzo di domicilio	Cap	Prov.
Collegio Ipasvi di:	num.	dal:

comunica la mancata acquisizione del versamento di € _____ effettuato in data _____ relativo all'annualità _____ (allega, al riguardo, la copia della relativa attestazione di versamento);

presa conoscenza della propria posizione contributiva, **dichiara** di riconoscere il debito maturato nei confronti di ENPAPI e ai sensi e per gli effetti degli art. 1241 e ss del codice civile, **autorizza** ENPAPI ad effettuare operazioni di compensazione tra posizioni debitorie e creditorie presenti in estratto conto;

comunica la mancata acquisizione del reddito professionale e/o del volume di affari per le annualità sotto indicate e presenta la dichiarazione reddituale obbligatoria a norme del'art. 7 del Regolamento di Previdenza e/o **chiede** all'Ente di acquisire i dati mancanti mediante l'ausilio dell'Agenzia delle Entrate:

ANNO	REDDITO PROFESSIONALE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>
	VOLUME D'AFFARI	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>

