



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

## INTERVENTO ASSISTENZIALE PER STATO DI BISOGNO

(le dichiarazioni sono rese ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni)

### Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale
---------	------	----------------

Iscritto all'Ente dal	Esonerato dall' Ente dal	Pensionato Ente [si] [no] dal.....
-----------------------	--------------------------	---------------------------------------

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

### Residente in

Via/Piazza	Comune	Prov.	CAP	Tel.
------------	--------	-------	-----	------

## CHIEDE

l'erogazione di un sussidio, trovandosi in una condizione di grave disagio economico causato da:

1. sospensione o riduzione forzata dell'attività professionale, per almeno tre mesi, a causa di malattia, infortunio;
2. decesso dell'iscritto o del pensionato, da cui derivino gravi difficoltà finanziarie al coniuge ed ai figli minori, ovvero ai figli inabili al lavoro, se a carico del de cuius al momento della morte;
3. malattia o infortunio dell'iscritto o del pensionato, ovvero di appartenenti al nucleo familiare \* del medesimo ed a suo carico, per far fronte alle quali siano affrontate spese non coperte dal SSN o da altri Enti;
4. inabilità temporanea al lavoro, prolungata per almeno tre mesi.

A tal fine, il sottoscritto, 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 e successive modifiche ed integrazioni,

## DICHIARA

- di essere in regola con gli adempimenti contributivi e dichiarativi <sup>1</sup>

<sup>1</sup> La regolarità della posizione contributiva è condizione necessaria per l'erogazione dell'intervento assistenziale. Il procedimento non sarà avviato in presenza di somme a debito, a titolo di contributi, interessi e sanzioni, per un importo complessivo superiore ad € 50,00. Eventuali somme a debito, a titolo di contributo, interessi e sanzioni, inferiori complessivamente ad € 50,00 saranno trattenute d'ufficio dall'importo del sussidio riconosciuto

- di avere diritto a risarcimento per responsabilità civile dei terzi:

incidente del \_\_/\_\_/\_\_\_\_

impresa di assicurazione \_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_ referente assicurazione \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a comunica il codice IBAN per l'erogazione:

IBAN (\*)

(\*) Dal 1 gennaio 2008, l'IBAN (International Bank Account Number) sostituisce le tradizionali coordinate bancarie (ABI, CAB e numero di conto corrente). (27 cifre alfanumeriche)

#### **Documentazione da allegare alla domanda**

Alla domanda inviata all'Ente devono allegarsi i seguenti documenti:

- in relazione alla previsione di cui al punto 1, certificato medico attestante la data di inizio e la durata della menomazione della capacità lavorativa;
- in relazione alle previsioni di cui al punto 2, originale o copia del certificato di morte dell'iscritto o pensionato;
- in relazione alla previsione di cui al punto 3, certificato medico e documentazione delle spese sostenute;
- in relazione alla previsione di cui al punto 4, certificato medico che attesti la data di inizio e la durata della temporanea inabilità al lavorativa.

Debbono essere in ogni caso allegati alla domanda:

- copia di un documento di identità;
- modello ISEE, completo di ogni sua pagina, del nucleo familiare del richiedente, riferito all'anno precedente la presentazione della domanda, ovvero riferito all'ultimo anno fiscale disponibile
- ogni altro documento utile a dimostrare lo stato di bisogno.

**\* Per nucleo familiare deve intendersi:** quello indicato dalle disposizioni dell'art.2, comma 6, del D.L. 13 marzo 1988, n. 69, convertito con modificazioni dall'articolo 1 della Legge 13 maggio 1988, n. 153, e successive modifiche e integrazioni.

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, Via Alessandro Farnese, 3 -00193- Roma. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente.

#### **Autorizzazione 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 **autorizza** il 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 **autorizza**, inoltre, il **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 \_\_\_\_\_

#### **INFORMAZIONI SULL'ASSISTENZA PER STATO DI BISOGNO**

##### **Misura della prestazione**

Il Consiglio di Amministrazione determina caso per caso la misura del sussidio da riconoscersi, in relazione alle esigenze dell'interessato ed alle disponibilità economiche dell'Ente: per l'anno **2017** è stato stabilito un importo minimo pari ad € 2.500,00 ed un importo massimo pari ad € 12.000,00 per singolo intervento

##### **Presentazione della domanda.**

La domanda, redatta su apposito modulo, deve essere inviata all'Ente entro 180 giorni decorrenti dal giorno in cui è cessato l'evento che è causa dello stato di bisogno, ovvero dal giorno in cui è cessata la menomazione della capacità lavorativa, comunque entro e non oltre il 31/12/2017.