



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

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO PER AVVIO ED  
ESERCIZIO DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**  
(BENEFICIARIO- STUDIO ASSOCIATO)

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome	Nome
---------	------

Iscritto all'Ente dal	Matricola	Codice fiscale
-----------------------	-----------	----------------

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

**Residente in**

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

**RAPPRESENTANTE LEGALE DELLO STUDIO INFERMIERISTICO ASSOCIATO**

Denominazione Studio Associato

--

CF/Partita IVA	e-mail
----------------	--------

CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE DERIVANTI DA DICHIARAZIONI MENDACI, DALLA FALSITA' NEGLI ATTI E DALL'USO DI ATTI FALSI, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL DPR 445/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI,

**CHIEDE**

l'erogazione di un contributo per l'acquisto di beni strumentali destinati allo svolgimento dell'attività libero professionale;

**DICHIARA**

- di svolgere esclusivamente attività libero professionale e di aver maturato almeno un anno di anzianità contributiva alla data di presentazione della domanda;
- 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 contributo riconosciuto**

- che l'importo di spesa complessivamente sostenuto, nell'anno 2017, è pari ad

€ \_\_\_\_\_

- di possedere il requisito dell'età anagrafica previsto dal Bando.

(studi infermieristici composti da associati che esercitano in via esclusiva attività libero professionale con età inferiore o pari ad anni 35);

Il/La sottoscritto/a comunica il codice IBAN, relativo allo Studio Associato, 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)

(**attenzione:** dovrà essere indicato l'IBAN dello studio Associato )

### Documentazione da allegare alla domanda:

1. Copia del documento di identità;
2. Copia della documentazione attestante le spese sostenute ed il relativo pagamento intestate allo Studio Associato;
3. Atto costitutivo ed eventuale Statuto/Regolamento attestante il numero di associati alla data di presentazione della domanda.

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 - 00192 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 SUL CONTRIBUTO

##### Importo del contributo

Il contributo viene determinato in relazione alle spese sostenute nel periodo oggetto di tutela fino ad esaurimento dello stanziamento, per un importo massimo di € 6.000,00 per singola prestazione..

##### Presentazione della domanda.

La domanda, redatta su apposito modulo, inviata e sottoscritta da colui che ha sostenuto le spese deve essere inviata all'Ente entro e non oltre il 31/12/2018.