



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

DOMANDA DI SUSSIDIO PER ISCRITTI CON FAMILIARI A CARICO PORTATORI DI HANDICAP
(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 | Matricola | Tipo di attività libero professionale svolta |
|-----------------------|-----------|--|

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

Residente in

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

CHIEDE

l'erogazione di un sussidio mensile, come previsto dall'art. 1 del Bando per i Trattamenti di Assistenza 2017 per gli iscritti con figli a carico portatori di handicap.

DICHIARA

- di essere in regola con gli adempimenti contributivi e dichiarativi ¹.

¹ **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 aver maturato almeno due anni di anzianità contributiva alla data di presentazione della domanda;
- di esercitare esclusivamente attività libero professionale
- che il proprio nucleo familiare * è composto di n. _____ soggetti

* **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.

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:

- Copia del documento di identità;
- Copia del verbale della Commissione ASL attestante lo stato di invalidità;
- 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

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 SUL SUSSIDIO

Misura della prestazione

Il sussidio assicura una erogazione pari ad € 500,00 lordi su base mensile, rinnovabile ogni 12 mesi dal Consiglio di Amministrazione. L'erogazione può essere sospesa nei casi di revisione dell'accertamento dello stato invalidante.

Presentazione della domanda.

La domanda, redatta su apposito modulo, deve essere inviata all'Ente entro e non oltre il 31/12/2017.

Cause di esclusione dal beneficio

E' causa di esclusione dal trattamento non aver maturato almeno due anni di anzianità contributiva alla data di presentazione della domanda e non esercitare esclusivamente l'attività libero professionale