



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

## DOMANDA DI PENSIONE

**IN TOTALIZZAZIONE**

D. Lgs. 42 del 2 febbraio 2006

**IN CUMULO**

Legge n. 228 del 24/12/2012 - Legge n. 232 dell'11/12/2016

### Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale	
Comune ( o stato estero ) di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile

### Residente in

Via	Comune	Prov.	CAP	Tel.
e-mail PEC				

### CHIEDE LA LIQUIDAZIONE DELLA PENSIONE DI

vecchiaia       anticipata       inabilità       superstiti <sup>1</sup>

includendo nel calcolo i periodi contributivi inferiori ai 3 anni

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

(compilare solo le parti di interesse)

#### di avere il seguente stato civile

- Celibe/nubile
- Coniugato/a \*dal \_\_\_\_\_
- Separato/a \*dal \_\_\_\_\_
- Divorziato/a \*dal \_\_\_\_\_
- Vedovo/a dal \_\_\_\_\_

#### Dati del coniuge anche se legalmente separato o divorziato

Cognome	Nome	Codice fiscale	
Comune ( o stato estero ) di nascita	Prov.	Data di nascita	

\* riferito anche ad ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso

<sup>1</sup> In questo caso compilare il modulo con i dati del dante causa, fatta eccezione per la parte relativa alle modalità di pagamento ed alle detrazioni di imposta.

**di aver maturato i seguenti periodi contributivi in ordine cronologico**

<i>Ente</i>	<i>Tipo di contribuzione</i>	<i>Dal</i>	<i>Al</i>

**di aver svolto attività lavorativa all'estero**

<i>Stato</i>	<i>Cassa Estera</i>	<i>Dal</i>	<i>Al</i>

- di essere in vita
- di aver presentato richiesta di accredito figurativo il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di aver presentato domanda di riscatto il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di aver presentato domanda di ricongiunzione il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- di aver cessato l'attività lavorativa in qualità lavoratore dipendente (**obbligatorio in caso di domanda di pensione di vecchiaia/anticipata**)
- di aver cessato qualsiasi attività lavorativa (**obbligatorio in caso di domanda di pensione di inabilità**)
- di essermi cancellato dall'albo professionale in data \_\_\_\_\_ (**obbligatorio in caso di domanda di pensione di inabilità**)
- di non essere titolare di una pensione diretta presso alcuna gestione previdenziale ( la titolarità di un trattamento pensionistico diretto in una delle gestioni interessate preclude l'esercizio della totalizzazione/cumulo).**

**MODALITA' DI PAGAMENTO**

- bonifico bancario**, con le seguenti coordinate:  
 INTESTATO A (specificare se il conto è cointestato) \_\_\_\_\_  
 IBAN (\*) \_\_\_\_\_  
 FRAZIONARIO \_\_\_\_\_ (se conto Bancoposta)

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

## RICHIESTA DETRAZIONI

SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione per redditi da pensione
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione nella misura del 50% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali, riconosciuti, i figli adottivi e gli affiliati di età superiore ai tre anni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali, riconosciuti, i figli adottivi e gli affiliati di età inferiore ai tre anni
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali, riconosciuti, i figli adottivi e gli affiliati portatori di handicap
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione per n. ____ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a € 7.500,00 solo redditi di terreni per un importo non superiore a € 185,92 e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Per i residenti nella regione Veneto:</b> aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto sono disabile o ho a carico fiscalmente un disabile e possiedo un reddito non superiore a 45.000,00 euro (legge regionale 26 novembre 2005, n. 19). Per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Per i residenti nella regione Lombardia:</b> aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto possiedo un reddito annuo derivante esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili, non superiore a 10.329,14 euro (legge regionale 14 luglio 2003, n. 10).

Allegare alla presente domanda:

1. documentazione sanitaria attestante lo stato di inabilità con indicazione della causa e dell'epoca dell'insorgenza dell'inabilità (in caso di domanda di pensione in inabilità)
2. certificato di cancellazione dal Collegio (in caso di domanda di pensione in inabilità)
3. certificato di decesso e stato di famiglia (in caso di pensione ai superstiti)
4. eventuale delega al patronato
5. fotocopia leggibile di un documento d'identità valido
6. codice fiscale dei soggetti per i quali si richiedono le detrazioni

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 \_\_\_\_\_