



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

CONTRIBUTO PER SPESE FUNEBRI

Il/La sottoscritto/a

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

Residente in

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

CHIEDE

- l'erogazione del contributo per le spese funebri sostenute a seguito del decesso di:

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

- avvenuto in data.....
- per un importo complessivo pari ad €

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 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 contributo riconosciuto

- **di essere rispetto al de cuius** (da compilare nel caso di decesso dell'iscritto o del pensionato ENPAPI):

- coniuge;
- convivente more uxorio dal_____;
- parente entro il 3° grado o affine entro il secondo e precisamente:
 figlio/a genitore nonno/a fratello/sorella nipote zio/a cognato/a suocero/a genero/a

- **di essere rispetto al de cuius** (da compilare nel caso di decesso di un componente del nucleo familiare):

- coniuge;
- genitore;
- figlio;
- componente del nucleo familiare;

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- o che il proprio nucleo familiare * è composto di n. _____ soggetti:

Cognome	Nome	Codice fiscale

* **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 certificato di morte, ovvero autocertificazione;
- copia della documentazione intestata al richiedente delle spese sostenute

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 PER SPESE FUNEBRI

Importo del contributo

Il contributo è pari all'importo delle spese sostenute e documentate dal richiedente e comunque non superiore ad € 4.000,00. il limite massimo del contributo erogabile, nell'ipotesi di commorienza, è pari ad € 8.000,00.

Il contributo non è cumulabile con altri benefici erogati da Enti diversi, aventi titolo nel medesimo evento.

Presentazione della domanda.

La domanda, redatta su apposito modulo, inviata e sottoscritta da colui che ha sostenuto le spese o dall'esercente la patria potestà, in caso di minore, deve essere inviata all'Ente entro 180 giorni dall'evento che ne è causa, comunque entro e non oltre il 31/12/2017.

Cause di esclusione dal beneficio

E' causa di esclusione dal contributo non aver maturato almeno due anni di anzianità contributiva alla data di presentazione della domanda.