



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

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome	Nome			N. Iscrizione
E-mail	Telefono			Cellulare
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Stato civile	Codice fiscale

**Residente in**

Via	Comune	Prov.	CAP
-----	--------	-------	-----

**Domiciliato in (da compilare se diverso dalla residenza)**

Via	Comune	Prov.	CAP
-----	--------	-------	-----

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 28/12/00 N. 445 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E DELLA DECADENZA DEI BENEFICI EVENTUALMENTE CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, DI CUI ALL'ART. 75 DEL D.P.R. DEL 28/12/00 N. 445; AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART. 47 DEL CITATO D.P.R. 445/2000; SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

**DICHIARA**

di essere titolare a far data dal \_\_\_\_\_ (indicare la data di decorrenza) del  
seguente trattamento pensionistico \_\_\_\_\_  
erogato da \_\_\_\_\_ (indicare l'Ente previdenziale che eroga la pensione).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Allegare la fotocopia leggibile di un documento di identità in corso di validità