



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

DOMANDA DI SUPPLEMENTO DI PENSIONE DI VECCHIAIA

Il/La sottoscritto/a

| | |
|---------|------|
| Cognome | Nome |
|---------|------|

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

Residente in

| | | | |
|--------|--------|-------|-------|
| Via | Comune | Prov. | CAP |
| e-mail | | Tel. | Cell. |

Iscritto all'Ente di Previdenza

| | | |
|---------------|-----------------|--------------------|
| N. iscrizione | Data iscrizione | Data cancellazione |
|---------------|-----------------|--------------------|

La propria famiglia si compone di:

| Cognome | Nome | Grado di parentela | Data e luogo di nascita |
|---------|------|--------------------|-------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Ai sensi degli artt. 22, 23 e 26 del Regolamento di Previdenza dell'Ente chiede la liquidazione del supplemento alla pensione di vecchiaia

A tal fine, 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** (barrare solo le caselle d'interesse):

- di essere in vita;
- di essere titolare di pensione di vecchiaia maturata con decorrenza dal _____

Il sottoscritto chiede, inoltre, che il supplemento sia erogato mediante bonifico bancario, con le seguenti coordinate:

| |
|---------------------------------|
| Istituto _____ filiale di _____ |
| Via _____ Intestato a: _____ |
| IBAN (*) _____ |

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

Allega alla presente domanda:

1. una fotocopia leggibile di un documento d'identità valido;

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 SUPPLEMENTO DI PENSIONE DI VECCHIAIA

Soggetti legittimati

L'art. 26 del Regolamento di Previdenza stabilisce che i contributi versati all'Ente per periodi successivi alla data di decorrenza della pensione a carico dell'Ente stesso, danno titolo ad un supplemento di pensione.

Liquidazione

La liquidazione del supplemento può essere richiesta quando siano trascorsi almeno due anni dalla data di decorrenza della pensione, ovvero dell'ultima liquidazione del supplemento.