



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

TRASFERIMENTO CONTRIBUTI GESTIONE SEPARATA INPS - ENPAPI

II/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Codice fiscale	
Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Indirizzo e-mail

Residente in

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

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 (compilare solo le parti di interesse)

DI AVER PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI RIPORTATE NELLA COMUNICAZIONE TRASMESSA DALL'ENPAPI E

Ne conferma la correttezza

chiede la correzione dei dati anagrafici e/o di residenza, come sopra indicato

comunica il mancato trasferimento da parte della Gestione Separata INPS dei contributi versati per le annualità _____ (allega, al riguardo, la copia della relativa attestazione di versamento), periodo nel quale ha esercitato l'attività di _____ presso _____

comunica l'errato trasferimento dei contributi da parte della Gestione Separata INPS e chiede contestualmente la ricostituzione della posizione presso l'INPS per le annualità _____ in quanto:

- non era iscritto ad alcun Collegio IP.AS.VI.
- non ha svolto attività infermieristica (allegare ogni documento comprovante il versamento alla Gestione Separata INPS per l'esercizio di attività diversa da quella infermieristica)

DICHIARA altresì

- la prosecuzione dell'attività libero professionale in forma autonoma o associata.** Prende atto, altresì, che tale circostanza comporta il rispetto degli adempimenti dichiarativi e contributivi connessi all'obbligatorietà di iscrizione
- di non proseguire l'attività libero professionale né in forma autonoma né in forma associata e chiede, pertanto, la cancellazione dall'ENPAPI**
- di non proseguire l'attività libero professionale né in forma autonoma né in forma associata e chiede, in ogni caso, la prosecuzione dell'iscrizione con versamenti volontari con decorrenza da _____** (indicare una data successiva alla cessazione dell'attività libero professionale).

nonché di aver prestato attività Infermieristica in regime libero professionale nei seguenti periodi:

anno	Committente o numero di partita Iva	Tipo di rapporto	Reddito lordo	Corrispettivo lordo

e di avere, attualmente e dal _____ la seguente situazione lavorativa:

- lavoratore dipendente con versamenti previdenziali presso l'INPDAP ovvero presso l'INPS
- titolare di partita Iva n. _____ aperta in data _____
- titolare di rapporto di collaborazione/lavoro a progetto presso _____
- socio dello studio associato _____
- socio della Cooperativa _____ con rapporto di lavoro autonomo
- socio della Cooperativa _____ con rapporto di lavoro dipendente
- pensionato presso _____
- altro _____

Luogo e data

Firma

Documentazione da allegare:

1. fotocopia leggibile di un documento di identità valido
2. attestazione versamenti effettuati presso la Gestione Separata INPS non oggetto di trasferimento all'ENPAPI
3. ogni documento comprovante lo svolgimento di attività diversa da quella infermieristica

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 _____

EVENTUALI DISCORDANZE RISPETTO A QUANTO RIPORTATO DALL'INPS O DALL'ENPAPI DOVRANNO ESSERE COMUNICATE AD ENTRAMBI GLI ENTI