



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

## DOMANDA DI PENSIONE DI INABILITA'

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
---------------	-----------------	--------------------

Cancellato dall'Ordine Provinciale

OPI	Qualifica	N. iscrizione	Data cancellazione
-----	-----------	---------------	--------------------

La propria famiglia si compone di:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Data e luogo di nascita

**Ai sensi degli artt. 22, 28, 29 e 30 del Regolamento di Previdenza dell'Ente chiede la liquidazione della pensione di inabilità.**

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
- che la propria ASL di appartenenza è \_\_\_\_\_
- di aver prodotto, nei tre anni precedenti la presentazione della domanda, i seguenti redditi imponibili ai fini IRPEF, o esenti da imposta, con esclusione di quelli derivanti dall'esercizio della libera professione:

ANNO			
REDDITO			

- di essere titolare di altro trattamento previdenziale/assistenziale obbligatorio SI  NO
- di aver intrapreso azione giudiziaria nei confronti del responsabile (o dei suoi aventi causa) dello stato di inabilità SI  NO
- di essere stato risarcito per gli eventi che hanno determinato lo stato di inabilità SI  NO

Il sottoscritto chiede che la pensione sia erogata 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. fotocopia leggibile di un documento d'identità valido;
2. certificato medico rilasciato da struttura pubblica attestante le condizioni di inabilità dal quale risulti l'indicazione della causa e l'epoca dell'insorgere dell'evento invalidante;
3. eventuale verbale rilasciato da una Commissione medica ASL contenente indicazione della percentuale di invalidità riconosciuta
4. modello per le detrazioni di imposta.

**In caso di infortunio o malattia occorre altresì allegare:**

1. documentazione comprovante azione giudiziaria contro il responsabile;
2. il titolo alla corresponsione dell'indennizzo o la sua avvenuta corresponsione da parte del responsabile o del suo assicuratore (con esclusione del risarcimento derivante da assicurazione per infortuni stipulata dall'iscritto).

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 SULLA PENSIONE DI INABILITÀ**

**Soggetti interessati:**

Possono chiedere l'erogazione della pensione di inabilità, gli iscritti per i quali ricorrono tre condizioni:

- la capacità all'esercizio della professione sia esclusa, a causa di malattia o infortunio sopravvenuti dopo l'iscrizione, in modo permanente e totale, semprechè l'evento si sia verificato e la domanda sia stata presentata in costanza di iscrizione;
- risultino versate almeno cinque annualità di effettiva contribuzione, di cui almeno tre nel quinquennio precedente la domanda;
- sia intervenuta la cessazione effettiva dell'attività e la relativa cancellazione dall'Ordine provinciale.

**Importo della pensione:**

L'importo dell'a pensione di inabilità è determinato moltiplicando il montante individuale dei contributi soggettivi dovuti per il coefficiente legale di trasformazione, relativo all'età dell'assicurato, assumendo il coefficiente relativo all'età di 57 anni non caso in cui l'età dell'assicurato, al momento dell'attribuzione della pensione, sia inferiore.

**Decorrenza**

La pensione di inabilità viene pagata in 13 mensilità. Il diritto alla pensione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui l'iscritto, avendone conseguito il diritto, ne faccia domanda. Nel caso in cui la cancellazione dall'Ordine provinciale avvenga successivamente alla presentazione della domanda, la pensione decorre dal primo giorno del mese successivo a quello dell'avvenuta cancellazione.

**Casi di esclusione:**

La pensione di inabilità non può essere concessa (o se concessa è revocata):

- qualora il danno sia stato risarcito ed il risarcimento ecceda la somma corrispondente alla capitalizzazione, al tasso del 5% dell'importo annuo dovuto;
- qualora venga meno lo stato di inabilità che ne ha dato diritto, ovvero nel caso di nuova iscrizione ad un Ordine provinciale

La pensione di inabilità è proporzionalmente ridotta qualora il risarcimento sia inferiore.