



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

DOMANDA DI RATEIZZAZIONE

(Inviare con raccomandata a/r o a mezzo pec)

Il/La sottoscritto/a

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

Residente in

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

Domiciliato in (da utilizzare se diverso dalla residenza)

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

DICHIARA

- di essere debitore nei confronti di ENPAPI della somma complessiva per contributi, sanzioni ed interessi di € _____ composta da crediti contributivi maturati sino al ___/___/___, sanzioni e interessi di cui agli artt. 9, 10 ed 11 del Regolamento di Previdenza;
- di aver proceduto al versamento del 2% del debito a titolo di acconto (pena l'inammissibilità della domanda)

CHIEDE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 12 del Regolamento di Previdenza,

DI VERSARE L'IMPORTO A DEBITO, AL NETTO DELL'ACCONTO PAGATO, ATTRAVERSO UN PIANO DI RATEIZZAZIONE IN:

DURATA DEL PIANO: barrare la casella di interesse ovvero inserire la durata:

6 mesi	12 mesi	18 mesi	24 mesi	36 mesi	48 mesi	n. _____ *
--------	---------	---------	---------	---------	---------	------------

* La rateizzazione può essere concessa per un periodo di tempo non superiore a 48 mesi

PERIODICITÀ DEL VERSAMENTO (barrare la casella di interesse):

Mensile	Bimestrale	Trimestrale
---------	------------	-------------

Documentazione da allegare:

- fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità;
- attestazione di versamento dell'importo in acconto.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI

Requisiti

La domanda di rateizzazione può essere presentata da tutti coloro che abbiano maturato un debito complessivo nei confronti di ENPAPI superiore ad € 2.000,00.

Modalità di presentazione della domanda

La domanda deve essere presentata compilando l'apposito modulo predisposto dall'Ente ed inoltrata **a mezzo pec o a mezzo raccomandata a.r** al seguente indirizzo: Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, Via Alessandro Farnese, 3, 00192 Roma. Al modulo di domanda deve essere obbligatoriamente allegata la documentazione richiesta.

Il provvedimento di rateizzazione - accettazione onere

A seguito della presentazione della domanda di rateizzazione, l'ufficio provvederà a svolgere la relativa istruttoria ed a sottoporre l'istanza all'Organo competente per la relativa deliberazione. Il provvedimento di avvenuta delibera, sarà trasmesso all'interessato unitamente al piano di rientro elaborato dall'Ente ed al modulo di accettazione piano che l'iscritto avrà cura di trasmettere ad ENPAPI, debitamente compilato e firmato, entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento stesso.

Condizioni

La quota rateizzata dovrà essere versata in rate mensili a partire dalla data indicata nel piano di rientro elaborato dall'Ente utilizzando un ordine di bonifico permanente attivato presso la propria banca. La quota parte di debito dovuta a titolo di contributi verrà maggiorata di interessi pari al 1,5% per l'anno 2016.

Il mancato pagamento di n. 3 rate, anche non consecutive, comporterà l'immediata decadenza dal beneficio della rateizzazione, ai sensi dell'articolo 1186 c.c., con possibilità per l'Ente di procedere giudizialmente per il pagamento dell'intero saldo dovuto; in caso di ritardo nei pagamenti delle rate sarà applicato il regime sanzionatorio e gli interessi a norma degli artt. 9, 10 ed 11 del Regolamento di Previdenza ENPAPI.

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, contenente il Codice in materia di protezione dei dati personali, prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato al rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dalla vigente normativa e tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, si informa che i dati da Lei forniti sono trattati, nei limiti indicati dall'Autorizzazione Generale dell'Autorità Garante della privacy n. 5/2004 nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le finalità strettamente strumentali alla gestione delle prestazioni e per le altre connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, dallo Statuto e dal Regolamento di Previdenza dell'Ente.

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 comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti, nonché dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

I Suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto relativo ai dati idonei a rivelare lo stato di salute, 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. L'Ente, infatti, si avvale della collaborazione di soggetti e società esterne per l'espletamento di incarichi determinati, come l'elaborazione dei bollettini postali e dei M.A.V., la postalizzazione della corrispondenza, la gestione del call center, la manutenzione del sistema informatico. A tali soggetti vengono comunicati, nei limiti dello stretto necessario, i dati personali degli assicurati.

Il titolare del trattamento è l'**Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica** con sede in Roma, Via Alessandro Farnese 3. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente. In ogni momento potrà rivolgersi al titolare del trattamento per l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs n. 196/2003, che per una migliore evidenza si riporta integralmente.

DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

ARTICOLO 7 DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
 - a) *dell'origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *L'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.*
 - c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte: a) per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano, a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale".*