



Trasmettere a:  
ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA  
DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA  
**SCADENZA 11 SETTEMBRE 2017**

N° iscrizione:

Codice Fiscale

Cognome  Nome

**QUADRO 1. Dichiarazione relativa alla modalità di svolgimento della libera professione**

Partita IVA individuale\* numero..... data apertura.....  
*\*la compilazione è obbligatoria anche per i soci lavoratori di cooperativa sociale di tipo A con rapporto di lavoro autonomo*

Partita IVA Studio associato/Società tra professionisti denominazione ..... data associazione.....

**QUADRO 2. Dichiarazione reddituale ed indicazione dell'aliquota di calcolo del contributo soggettivo dovuto - ANNO 2016** compilazione obbligatoria riservata esclusivamente ai titolari di partita IVA (individuale/associata) ed ai soci di Società tra Professionisti (STP)

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver prodotto nell'anno 2016 il seguente:

**A REDDITO PROFESSIONALE 2016** ,   Barrare per redditi negativi

Aliquota obbligatoria:  15% Aliquota opzionale:  16%  17%  18%  19%  20%  21%  22%  23%

**B1 VOLUME D'AFFARI PER PRESTAZIONI A PRIVATI (4%)** ,

**B2 VOLUME D'AFFARI PER PRESTAZIONI ALLA P.A. (2%)** ,

**N.B.** Il dato relativo al volume d'affari (totale compensi) deve essere sempre indicato anche se l'attività svolta è esente da IVA ed anche se l'importo coincide con quello del reddito professionale; nel caso in cui i redditi nell'anno 2016 siano nulli, indicare zero nelle caselle di reddito professionale e volume d'affari.

**QUADRO 3. Accertamento Fiscale** (da compilare solo nel caso di rideterminazione di redditi pregressi)

Il/La sottoscritto/a comunica che nel corso del 2016 è divenuto definitivo il seguente accertamento per l'anno

Reddito professionale	Volume d'affari
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il/La sottoscritto/a rende la presente comunicazione consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000) ed autorizza il trattamento dei propri dati personali, informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/03 che gli stessi sono trattati da ENPAPI o da società di gestione strumentale nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità, riservatezza e tutela dei diritti, nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente e secondo le finalità previste dalle Leggi, dallo Statuto e dal Regolamento di Previdenza.

GG MM ANNO

Firma

**SI RACCOMANDA DI SOTTOSCRIVERE IL MODELLO PRIMA DELL'INVIO**

(Allegare fotocopia del documento d'identità)



N° iscrizione:

Codice Fiscale

Cognome  Nome

Dichiarazione dei redditi presunti - ANNO 2017

REDDITO PROFESSIONALE PRESUNTO 2017

Aliquota obbligatoria:

Aliquota opzionale:

VOLUME D'AFFARI PRESUNTO 2017 - Si ricorda che dal 2012 la maggiorazione da applicare per il calcolo del contributo integrativo è stabilita nella misura del 4%, salvo che nei confronti della Pubblica Amministrazione, per cui tale maggiorazione resta fissata al 2%.

VOLUME D'AFFARI PRESUNTO PER PRESTAZIONI A PRIVATI (4%)

VOLUME D'AFFARI PRESUNTO PER PRESTAZIONI ALLA P.A. (2%)

Il/La sottoscritto/a rende la presente comunicazione consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti e della decadenza dai benefici conseguiti per effetto delle dichiarazioni non veritiere (artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000) ed autorizza il trattamento dei propri dati personali, informato ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs n. 196/03 che gli stessi sono trattati da ENPAPI o da società di gestione strumentale nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità, riservatezza e tutela dei diritti, nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente e secondo le finalità previste dalle Leggi, dallo Statuto e dal Regolamento di Previdenza.

GG MM ANNO

Firma

SI RACCOMANDA DI SOTTOSCRIVERE IL MODELLO PRIMA DELL'INVIO  
(Allegare fotocopia del documento d'identità)