



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

DOMANDA DI RATEIZZAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE DOVUTA A SALDO

(Inviare via pec a info@pec.enpapi.it ovvero Raccomandata A.R.)

Il/La sottoscritto/a

Cognome	Nome	Matricola	
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
-----	--------	-------	-----

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

- di essere debitore nei confronti di ENPAPI per l'anno **2015** della somma di € _____ ;
- di trovarsi in condizioni economiche disagiate tali da non poter far fronte in un'unica soluzione al pagamento della contribuzione dovuta a saldo;
- di avere una posizione dichiarativa e contributiva regolare nel biennio *antecedente* l'anno oggetto della richiesta (requisito necessario per l'accoglimento della domanda);

CHIEDE

**LA RATEIZZAZIONE DEL VERSAMENTO DELLA CONTRIBUZIONE DOVUTA A SALDO (SCADENZA 10 DICEMBRE)
ATTRAVERSO UN PIANO DI DILAZIONE IN:**

2 mesi	3 mesi	4 mesi	5 mesi	6 mesi
--------	--------	--------	--------	--------

barrare la casella di interesse (massimo 6 rate mensili)

La rateizzazione del saldo può essere concessa per un numero non superiore a 6 rate mensili, con scadenza della prima rata fissata al 10/04/2017.

Se in possesso dei requisiti previsti, non eseguire il versamento dell'acconto del 2% dell'importo totale a debito, ma attendere l'invio del piano di rientro da parte dell'Ente.

Qualora sull'estratto conto siano presenti sanzioni di tipo amministrativo (art. 9, 10 Reg. Prv.), tali importi saranno inclusi nel piano di rateizzazione.

Documentazione da allegare:

1. fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI

Requisiti

La domanda di rateizzazione del saldo può essere presentata dai contribuenti che hanno una posizione dichiarativa e contributiva regolare nel biennio antecedente l'anno oggetto della richiesta e che si trovino in condizioni economiche particolarmente disagiate, tali da non poter far fronte in un'unica soluzione al pagamento della contribuzione dovuta a saldo.

Modalità di presentazione della domanda

La domanda deve essere presentata entro il **28 febbraio 2017**, compilando l'apposito modulo predisposto dall'Ente ed inoltrata **a mezzo PEC ovvero 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 fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità.

Se in possesso dei requisiti previsti, non eseguire il versamento dell'acconto del 2% dell'importo totale a debito, ma attendere l'invio del piano di rientro da parte dell'Ente.

Condizioni

All'importo della contribuzione dovuta a saldo è applicato un tasso di dilazione pari al tasso di dilazione in vigore per le rateizzazioni di cui all'art. 12 del Regolamento di Previdenza.

Il versamento dovrà avvenire in rate mensili, secondo le indicazioni fornite dall'Ente.

L'omesso/tardivo pagamento delle rate comporterà l'applicazione del regime sanzionatorio ordinario previsto dalle vigenti norme regolamentari.

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.AV., 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".*