



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

DOMANDA DI ASSEGNO DI INVALIDITA'

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

La propria famiglia si compone di:

Cognome	Nome	Grado di parentela	Data e luogo di nascita

Ai sensi degli artt. 7, 10, 13, 15 e 19 del Regolamento di Previdenza della Gestione Separata ENPAPI e dell'art.30 del Regolamento di Previdenza chiede la liquidazione dell'assegno di invalidità.

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 e/o di collaborazione:

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 invalidità SI NO
- di essere stato risarcito per gli eventi che hanno determinato lo stato di invalidità 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 invalidità 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. modulo per le detrazioni di imposta
5. modulo per il cumulo dei redditi.

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 SULL' ASSEGNO DI INVALIDITA'

Soggetti interessati:

Possono chiedere l'erogazione dell' assegno di invalidità, gli iscritti per i quali ricorrono le seguenti condizioni:

- la capacità all'esercizio della professione sia ridotta a meno di un terzo in modo continuativo per infermità o difetto fisico o mentale, sopravvenuti dopo l'iscrizione;
- risultino versate almeno cinque annualità di effettiva contribuzione, di cui almeno tre nel quinquennio precedente la domanda. Ai fini del raggiungimento dei requisiti minimi di contribuzione effettiva, i periodi afferenti le due gestioni si cumulano.

Importo dell'assegno:

L'importo dell'assegno di invalidità è determinato moltiplicando il montante individuale dei contributi IVS 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 dell' assegno, sia inferiore.

Decorrenza

L'assegno di invalidità viene pagato in 13 mensilità. Il diritto all'assegno decorre dal primo giorno del mese successivo a quello in cui l'iscritto, avendone conseguito il diritto, ne faccia domanda.

Casi di esclusione:

L'assegno di invalidità non può essere concesso (o se concesso è revocato):

- 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 d'invalidità che ne ha dato diritto.

L'assegno di invalidità è proporzionalmente ridotto qualora il risarcimento sia inferiore.