



Spett.le  
**ENTE NAZIONALE di PREVIDENZA e ASSISTENZA  
della PROFESSIONE INFERMIERISTICA  
GESTIONE SEPARATA**  
Via Alessandro Farnese, 3  
00192 – ROMA  
[gestioneseparata@pec.enpapi.it](mailto:gestioneseparata@pec.enpapi.it)

## DOMANDA DI INDENNITÀ DI DEGENZA OSPEDALIERA

### 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.

### Domiciliato/a in

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

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

- di aver conseguito un reddito lordo, derivante dallo svolgimento dell'attività di collaborazione:
  - nell'anno dell'evento, pari ad € \_\_\_\_\_
  - nell'anno precedente l'evento, pari ad € \_\_\_\_\_
- numero di giornate lavorate o retribuite nei 12 mesi precedenti l'inizio dell'evento di malattia \_\_\_\_\_
- contratto di lavoro in essere al momento del verificarsi dell'evento:
  - data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_ committente \_\_\_\_\_
  - data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_ committente \_\_\_\_\_
- di avere diritto a risarcimento per responsabilità civile dei terzi - incidente del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
impresa di assicurazione \_\_\_\_\_  
sede di \_\_\_\_\_ referente assicurazione \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**Che venga corrisposta la liquidazione dell'indennità di degenza ospedaliera, ai sensi degli artt. 30, 31 e 32 del Regolamento di Previdenza e Assistenza della Gestione Separata ENPAPI.**

Periodo di degenza: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (gg/mm/aaaa)

Presso l'ospedale: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a comunica il codice IBAN per l'erogazione:

Istituto \_\_\_\_\_ 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).

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



### Allega alla presente domanda:

- certificato di degenza ospedaliera;
- copia del documento di identità.

### **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 DOMANDA DI INDENNITÀ DI DEGENZA OSPEDALIERA**

#### **Soggetti legittimati**

I collaboratori iscritti alla Gestione Separata ENPAPI non titolari di pensione e non iscritti ad altra forma di previdenza obbligatoria.

#### **Requisiti**

- L'iscritto deve avere accreditate tre mensilità di contribuzione ENPAPI nei 12 mesi precedenti la data di inizio dell'evento;
- l'iscritto deve godere nell'anno solare precedente l'evento un reddito individuale non superiore al 70% del massimale contributivo stabilito annualmente dalla legge (art. 2, comma 18, L. 335/1995);
- avere un rapporto di lavoro in corso e essersi effettivamente astenuto dall'attività lavorativa.

#### **Periodo indennizzabile**

Il periodo massimo indennizzabile è pari a 180 giorni.

#### **Calcolo dell'indennità e reddito di riferimento**

L'indennità è pari ad una frazione del massimale contributivo dell'anno dell'evento diviso 365 giorni secondo le seguenti percentuali:

- 8% se risultano accreditate fino a 4 mensilità di contributi, anche non continuative, nei 12 mesi precedenti la data del ricovero;
- 12% se risultano accreditate da 5 ad 8 mensilità di contributi, anche non continuative, nei 12 mesi precedenti la data del ricovero;
- 16% se risultano accreditate da 9 a 12 mensilità di contributi, anche non continuative, nei 12 mesi precedenti la data del ricovero

#### **Modalità e termini di presentazione**

La domanda di indennità di malattia deve essere redatta sull'apposito modulo ed inviata a mezzo raccomandata A/R, ovvero consegnata a mano presso la sede dell'Ente, entro un anno dalla fine del periodo indennizzabile.