



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

DOMANDA PER L'INDENNITA' DI MALATTIA

(le dichiarazioni sono rese ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/La sottoscritto/a

| | | |
|---------|------|----------------|
| Cognome | Nome | Codice fiscale |
|---------|------|----------------|

| | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Iscritto all'Ente dal | Esonerato dall' Ente dal | Pensionato Ente [si] [no] dal..... |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------------------|

| | | | |
|-------------------|-------|-----------------|--------------|
| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita | Stato civile |
|-------------------|-------|-----------------|--------------|

Residente in

| | | | | |
|------------|--------|-------|-----|------|
| Via/Piazza | Comune | Prov. | CAP | Tel. |
|------------|--------|-------|-----|------|

DICHIARA

- ✓ **di non svolgere**, contestualmente all'attività libero professionale, lavoro dipendente disposto con orario superiore alla metà del tempo pieno.
- ✓ di essere in regola con gli adempimenti contributivi e dichiarativi ¹
- ✓ di non essere contribuente volontario

¹La regolarità della posizione contributiva è condizione necessaria per l'erogazione dell'intervento assistenziale. Il procedimento non sarà avviato in presenza di somme a debito, a titolo di contributi, interessi e sanzioni, per un importo complessivo superiore ad € 50,00. Eventuali somme a debito, a titolo di contributo, interessi e sanzioni, inferiori complessivamente ad € 50,00 saranno trattenute d'ufficio dall'importo dell'indennità riconosciuta.

CHIEDE

che gli/le sia concessa l'indennità per malattia, essendosi verificata un'interruzione forzata dell'attività professionale:

per un periodo pari o superiore a 30 giorni e precisamente dal _____ al _____

(come da relativa certificazione allegata);

per ricovero avvenuto dal _____ al _____ (come da certificato di degenza ospedaliera allegato).

COMUNICA

di avvalersi per l'anno in corso dei regimi fiscali agevolati previsti dall'art. 13 della L. 388/2000 e dall'art. 27 del D.L. 98/2011 (convertito dalla L. 111/2011) e pertanto richiede l'esenzione dalla ritenuta d'acconto sull'importo liquidato a titolo di indennità di malattia:

si no

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

IBAN (*) _____

(*) Dal 1 gennaio 2008, l'IBAN (International Bank Account Number) sostituisce le tradizionali coordinate bancarie (ABI, CAB e numero di conto corrente).

Documentazione da allegare alla domanda

Il/La sottoscritto/a allega alla domanda:

- a) Copia del documento di identità;
- b) Certificazione medica comprovante la patologia e la sospensione dell'attività professionale;
- c) Certificato di degenza;
- d) Eventualmente, autorizzazione del SSN al ricovero presso strutture estere.

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.

ENPAPI attribuisce a ciascun nuovo iscritto una "Identità digitale" e provvede inviare una carta personale, denominata Grid Card, contenente le credenziali per l'accesso e l'identificazione sicura dell'utente presso l'area riservata del sito www.enpapi.it. La Carta identificativa possiede le funzionalità riservate ad una password dispositiva; l'accesso in modalità sicura nell'area riservata consentirà, pertanto, all'Isritto di inoltrare richieste all'Ente per prestazioni e servizi. A ciascun Isritto, inoltre, sarà assegnato d'ufficio un "Domicilio digitale ENPAPI" consistente in una casella di deposito unidirezionale, denominata "Cassetto previdenziale ENPAPI", nella quale l'Ente notificherà ogni comunicazione correlata al rapporto con il singolo Isritto. Il deposito nel "Cassetto previdenziale ENPAPI" sostituirà ogni altro metodo alternativo di comunicazione e di notifica di documenti tra le parti. Il "Cassetto previdenziale" è dotato di un sistema di certificazione della data certa e deposito del log di ciascun documento notificato presso un provider esterno. Il "Cassetto previdenziale ENPAPI" ha le funzioni di "Fascicolo elettronico" dell'Isritto ed archivio documentale. 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.

Consenso al trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a, come indicato nell'informativa fornita ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003, per l'esecuzione dei servizi erogati dall'Ente acconsente al 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 acconsente, inoltre, al 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 SUL CONTRIBUTO PER INDENNITA' DI MALATTIA.

Soggetti legittimati.

L'indennità di malattia può essere erogata a favore dei soggetti iscritti all'Ente quando, a seguito di malattia o infortunio, si verifici l'interruzione forzata dell'attività professionale per un periodo pari o superiore a 30 giorni.

L'indennità di malattia può essere erogata, prescindendo dalla durata della degenza, in caso di ricovero dell'iscritto contribuente presso strutture ospedaliere pubbliche o private, se convenzionate con il SSN. La prestazione può essere altresì erogata in caso di ricovero fuori del territorio nazionale, se l'intervento risulta comunque coperto ed autorizzato dal SSN. La prestazione può essere erogata per un massimo di 180 giorni in relazione ad un medesimo evento. In ogni caso non si può usufruire dell'indennità di malattia per più di 180 giorni nel corso dell'anno solare, anche con riferimento ad eventi diversi, ne per periodi già indennizzati.

Importo del contributo

I criteri per la determinazione dell'importo dell'indennità sono quelli previsti dettagliatamente nell'art. 4 del Bando per i Trattamenti di Assistenza 2020 per l'indennità di malattia.

Presentazione della domanda.

La domanda, redatta su apposito modulo e sottoscritta dal richiedente la prestazione, deve essere inviata all'Ente entro 180 giorni, decorrenti dal giorno in cui è cessata la menomazione della capacità lavorativa, comunque entro e non oltre il 31/12/2020.