



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

## DOMANDA DI PENSIONE AI SUPERSTITI

**IN TOTALIZZAZIONE**

**IN CUMULO**

D. Lgs. 42 del 2 febbraio 2006

Legge n. 228 del 24/12/2012 - Legge n. 232 dell'11/12/2016

**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.

**La propria famiglia si compone di:**

Cognome	Nome	Grado di parentela	Data e luogo di nascita

IL SOTTOSCRITTO, 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

(compilare solo le parti di interesse)

- coniuge\*
- coniuge\* separato/divorziato
- figlio maggiorenne inabile/studente
- genitore ultra 65enne/inabile
- fratello/sorella inabile
- tutore

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 di essere erede superstite di**

Cognome	Nome.	Codice fiscale
---------	-------	----------------

N. iscrizione	Data iscrizione	Data cancellazione
---------------	-----------------	--------------------

Data del decesso	Pensionato Ente [si] [no] dal.....
------------------	---------------------------------------

**Dichiara, inoltre, che:**

a) lo stato di famiglia dell'Iscritto, al momento del decesso, era composto da:

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Grado di parentela	Data di nascita

b) i superstiti a carico del de cuius aventi diritto a pensione, oltre al dichiarante, sono:

Grado di parentela	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Stato Civile

c) i figli di età fino a 26 anni\*\*, che frequentano corsi di studio sono:

Cognome e Nome	Corso frequentato	Durata legale del corso	Anno di prima immatricolazione	Anno di frequenza

d) è stata pronunciata sentenza di separazione tra i coniugi\* [si] [no]

e) è stata pronunciata sentenza di divorzio tra i coniugi\* [si] [no]

f) il coniuge\* non ha contratto nuove nozze

\* Riferito anche ad ognuna delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso

\*\* Ciascun figlio maggiorenne deve sottoscrivere le dichiarazioni contenute nel modulo predisposto dall'Ente

Il sottoscritto chiede, inoltre, 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).

## RICHIESTA DETRAZIONI

- | SI                       | NO                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per redditi da pensione  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per il coniuge non legalmente ed effettivamente separato   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per il primo figlio, in assenza del coniuge  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 50% per n. _____ figli, compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e gli affidati e affiliati di età superiore ai tre anni  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali, riconosciuti, i figli adottivi e gli affiliati di età superiore ai tre anni   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali, riconosciuti, i figli adottivi e gli affiliati di età inferiore ai tre anni   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 100% per n. _____ figli, compresi i figli naturali, riconosciuti, i figli adottivi e gli affiliati portatori di handicap  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione per n. _____ altre persone indicate nell'articolo 433 del codice civile che convivano con il contribuente o percepiscano assegni alimentari non risultanti da provvedimento dell'autorità giudiziaria  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione nella misura del 50% per i figli inferiori ai tre anni di età o portatori di handicap e per altre persone (diverse dai figli)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Detrazione prevista se alla formazione del reddito complessivo concorrono soltanto redditi di pensione non superiori a € 7.500,00 solo redditi di terreni per un importo non superiore a € 185,92 e il reddito dell'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e delle relative pertinenze  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Per i residenti nella regione Veneto:</b> aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto sono disabile o ho a carico fiscalmente un disabile e possiedo un reddito non superiore a 45.000,00 euro (legge regionale 26 novembre 2005, n. 19). Per disabile si intende il soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Per i residenti nella regione Lombardia:</b> aliquota dello 0,90 per cento di addizionale regionale all'Irpef in quanto possiedo un reddito annuo derivante esclusivamente da pensioni e dall'unità immobiliare adibita ad abitazione principale e sue pertinenze, al netto degli oneri deducibili, non superiore a 10.329,14 euro (legge regionale 14 luglio 2003, n. 10).                          |

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Allega alla presente domanda:**

1. fotocopia leggibile di un documento d'identità valido per ciascun superstite;
2. Certificato di decesso dell'iscritto o Pensionato
3. attestato del corso di studio o, in caso di corsi universitari, certificato da cui risulti il tipo e la durata del corso stesso, l'anno di prima immatricolazione l'anno di frequenza, nonché dichiarazione dalla quale risulti se presta lavoro dipendente e retribuito (nel caso di figli di età fino ai 26 anni);
4. copia della sentenza di separazione/divorzio [nei casi di cui ai punti d) /e)];
5. modulo per le detrazioni d'imposta per ciascun superstite;
6. modulo per il cumulo dei redditi (in caso di assenza di figli minorenni o studenti);
7. modello Q/1 (**nel caso di domanda da parte di figli maggiorenni studenti**);
8. modello Q/2 (**nel caso di domanda da parte di figli maggiorenni inabili**).

### 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 \_\_\_\_\_