



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

DOMANDA DI REISCRIZIONE – LIBERO PROFESSIONISTI -

(Inviare con raccomandata a/r entro 60 giorni dall'inizio dell'attività libero professionale)

II/ La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
Codice Fiscale	Tel./cell.	Email	

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 AI FINI DELL'ISCRIZIONE ALL'ENTE, COSÌ COME PREVISTO DAGLI ARTT. 1 E 2 REG. PREV.

DICHIARA

1) di essere già stato/a iscritto/a all'Ente

tipologia attività	dal	al	N. Matricola (<u>non obbligatorio</u>)
--------------------	-----	----	--

2) di essere nato/a

Comune di nascita	Prov.	Data di nascita	Nazionalità
-------------------	-------	-----------------	-------------

3) di essere residente*

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

4) di essere domiciliato* (compilare solo se diverso dalla residenza)

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

5) che la propria famiglia si compone come segue:

Cognome e Nome	Grado di Parentela	Luogo di Nascita	Data di Nascita

6) di essere iscritto/a all'Ordine Provinciale (indicare l'eventuale trasferimento)

OPI	Qualifica	N'iscrizione	Data Iscrizione

* Si informa che, i recapiti indicati, anche se relativi alla residenza anagrafica, equivalgono a formale elezione di domicilio speciale ai sensi dell'art. 47 del Codice Civile. Pertanto, l'elezione di domicilio sopravvivrà e prevarrà sull'eventuale cambio di residenza anagrafica.

7) di esercitare la seguente attività in forma autonoma (barrare le caselle di interesse):

PARTITA IVA N. _____ CODICE ATECO _____ DAL _____

STUDIO PROFESSIONALE IN QUALITÀ DI ASSOCIATO DAL _____
DENOMINAZIONE STUDIO/ASSOCIAZIONE PROFESSIONALE _____

SOCIETÀ DI PROFESSIONISTI IN QUALITÀ DI SOCIO DAL _____
DENOMINAZIONE SOCIETÀ _____

RICHIESTA RIDUZIONE/ESONERO CONTRIBUTIVO (questa sezione deve essere compilata solo dagli aventi diritto alle riduzioni/esoneri contributivi previsti dal Reg. Prev.); **le riduzioni e gli esoneri non sono tra di loro cumulabili.**

Il/La sottoscritto/a chiede di poter usufruire di:

A) Riduzione del contributo soggettivo minimo in quanto (barrare solo la casella di interesse):

- ✓ è titolare di partita IVA (riduzione per i primi 4 anni di iscrizione)
 - ✓ non ha compiuto il trentesimo anno di età
 - ✓ svolge contemporaneamente attività di lavoro dipendente con orario di lavoro part-time fino al 50% dell'orario pieno e con contratto:
- A TEMPO DETERMINATO dal _____ al _____ A TEMPO INDETERMINATO

B) Esonero parziale dal contributo soggettivo ed integrativo minimo in quanto svolge contemporaneamente attività di lavoro dipendente con orario part-time dal 51% al 99% e contratto:

A TEMPO DETERMINATO dal _____ al _____ A TEMPO INDETERMINATO

C) Esonero totale dal contributo soggettivo ed integrativo minimo e dal contributo di maternità in quanto svolge contemporaneamente attività di lavoro dipendente con orario di lavoro full-time con contratto:

A TEMPO DETERMINATO dal _____ al _____ A TEMPO INDETERMINATO

Il sottoscritto dichiara altresì:

di essere titolare di pensione NO SI dal _____
 tipologia _____ Ente Erogatore _____

N.B. In caso di esercizio dell'attività libero professionale sotto forma di rapporto di collaborazione, dovrà essere compilato l'apposito modulo di iscrizione presente nella Sezione - Gestione Separata Enpapi.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza ed accetta fin d'ora l'assegnazione d'ufficio a seguito dell'iscrizione all'Ente di un "Domicilio digitale ENPAPI" consistente nel "Cassetto previdenziale ENPAPI", cioè in una casella elettronica di deposito unidirezionale presente sul sito internet istituzionale www.enpapi.it, nella quale l'Ente notificherà ogni comunicazione correlata al rapporto con il singolo Iscritto. Per l'accesso al Cassetto previdenziale ENPAPI il/La sottoscritto/a riceverà una carta personale, denominata "Grid Card", contenente le credenziali per l'identificazione sicura e l'accesso all'area riservata del sito. Il deposito nel "Cassetto previdenziale ENPAPI" sostituirà ogni altro metodo alternativo di comunicazione e di notifica di documenti tra le parti.

Data _____

Firma leggibile _____

Attenzione: allegare fotocopia leggibile di un documento d'identità valido



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 a recapitare 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, verrà 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 funzione 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 sottoscritta/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 leggibile _____