



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

DOMANDA DI RISCATTO DELLE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALI

(Inviare con raccomandata a/r o a mezzo pec)

Il/La sottoscritto/a

| | | | | |
|-------------------|----------|-----------------|---------------|----------------|
| Cognome | Nome | | N. Iscrizione | |
| E-mail | Telefono | | Cellulare | |
| Comune di nascita | Prov. | Data di nascita | Stato civile | Codice fiscale |

Residente in

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

Domiciliato in (da utilizzare anche per l'invio della corrispondenza)

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

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

DICHIARA

(compilare solo le parti di interesse)

DI AVER ESERCITATO LA LIBERA PROFESSIONE ANTECEDENTEMENTE AL 1.1.1996 COME:

TITOLARE DI PARTITA IVA N. cod. attività

ASSOCIATO ALLO STUDIO PROFESSIONALE

Denominazione Studio

TITOLARE DI RAPPORTO DI COLLABORAZIONE COORDINATA E CONTINUATIVA

SOCIO DI COOPERATIVA SOCIALE CON RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO

Denominazione Cooperativa sociale

CHIEDE PERTANTO

AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL'ART.33 DEL REGOLAMENTO DI PREVIDENZA, IL RISCATTO DEI SEGUENTI ANNI:

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

SCEGLIENDO, PER OGNI ANNO RISCATTATO, IL VERSAMENTO:

DEL CONTRIBUTO SOGGETTIVO MINIMO (VIGENTE AL MOMENTO DELLA DOMANDA);

DEL CONTRIBUTO SOGGETTIVO CALCOLATO APPLICANDO LA PERCENTUALE VIGENTE AL MOMENTO DELLA DOMANDA SUL REDDITO PERCEPITO NELL'ANNO RISCATTATO.

A tal fine, dichiara che negli anni oggetto di riscatto ha conseguito i seguenti redditi da attività libero professionale:

| | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|
| Anno | | | | | | |
| Reddito | | | | | | |

DICHIARA INOLTRE :

(barrare solo le parti di interesse):

di voler effettuare il versamento dell'importo dovuto secondo le seguenti modalità:

UNICA SOLUZIONE, da versare entro due anni dalla data della richiesta;

secondo un **PIANO DI RATEIZZAZIONE** in anni*, mediante rate:

- Mensili
- Bimestrali
- Trimestrali

Documentazione da allegare:

1. fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità;
2. copia del certificato di iscrizione all'Ordine da cui risulti l'iscrizione allo stesso per il periodo oggetto di riscatto;
3. documento attestante l'esercizio dell'attività libero professionale svolta nel periodo oggetto di riscatto.

Data _____

Firma _____

INFORMAZIONI SULLA DOMANDA DI RISCATTO

Requisiti

La domanda di riscatto può essere presentata da tutti coloro che:

- 1) al momento della presentazione della domanda, risultano **iscritti all'Ente da almeno 5 anni e da non più di 7**;
- 2) abbiano esercitato la libera professione nel periodo antecedente al 1.01.1996 (data di inizio della copertura previdenziale obbligatoria);
- 3) siano iscritti ad un Ordine provinciale nel periodo oggetto del riscatto.

Non è rilevante che nel periodo oggetto di riscatto, il richiedente sia stato iscritto ad altro Ente o forma di previdenza obbligatoria.

Modalità di presentazione

La domanda deve essere presentata compilando l'apposito modulo predisposto dall'Ente ed inoltrata **a mezzo pec o, a mezzo raccomandata a.r** al seguente indirizzo: Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica, Via Alessandro Farnese, 3, 00192 Roma. Al modulo di domanda deve essere obbligatoriamente allegata la documentazione richiesta.

Il provvedimento di riscatto

A seguito della presentazione della domanda di riscatto, l'ufficio preposto provvederà a svolgere la relativa istruttoria ed a sottoporre l'istanza all'Organo competente, per la relativa deliberazione. Il provvedimento di avvenuta delibera, sarà trasmesso all'interessato a mezzo raccomandata a.r. e darà indicazioni sul costo complessivo dell'operazione, dell'eventuale piano di rateizzazione e delle scadenze prefissate per il pagamento.

Accettazione onere di riscatto

L'accettazione dell'onere del riscatto da parte dell'interessato potrà avvenire: mediante versamento in un'unica soluzione, entro due anni dalla data della richiesta ovvero, secondo un piano di rateizzazione, mediante invio della dichiarazione di accettazione dell'onere di riscatto (MOD. AOR.LP.), di una copia del piano di rateizzazione predisposto dall'Ente, debitamente firmato per accettazione e di una copia di un documento di identità valido, da inviare a mezzo raccomandata A.R. ovvero, a mezzo pec.

* Il piano di rateizzazione non può essere superiore a 5 anni né in ogni caso prevedere dei versamenti successivamente alla data di maturazione del diritto a pensione di vecchiaia. Sulle somme oggetto di rateizzazione sarà applicato un tasso di dilazione pari al tasso legale annuo *pro-tempore* vigente, maggiorato di 5 punti percentuali. Si veda il "Regolamento relativo ai criteri per il riscatto dei periodi di studio, ex art. 33 del Regolamento di Previdenza", art. 7.



INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Il Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, contenente il Codice in materia di protezione dei dati personali, prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Tale trattamento sarà improntato al rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dalla vigente normativa e tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, si informa che i dati da Lei forniti sono trattati, nei limiti indicati dall'Autorizzazione Generale dell'Autorità Garante della privacy n. 5/2004 nell'ambito dei compiti istituzionali dell'Ente, per le finalità strettamente strumentali alla gestione delle prestazioni e per le altre connesse all'adempimento degli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, dallo Statuto e dal Regolamento di Previdenza dell'Ente.

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 comporterà l'impossibilità dell'espletamento dei relativi adempimenti, nonché dell'esercizio dei connessi diritti ed obblighi.

I Suoi dati non saranno diffusi. Fermo restando il divieto relativo ai dati idonei a rivelare lo stato di salute, 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. L'Ente, infatti, si avvale della collaborazione di soggetti e società esterne per l'espletamento di incarichi determinati, come l'elaborazione dei bollettini postali e dei M.AV., la postalizzazione della corrispondenza, la gestione del call center, la manutenzione del sistema informatico. A tali soggetti vengono comunicati, nei limiti dello stretto necessario, i dati personali degli assicurati.

Il titolare del trattamento è l'**Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica** con sede in Roma, Via Alessandro Farnese 3. Il responsabile del trattamento è il Presidente pro-tempore dell'Ente. In ogni momento potrà rivolgersi al titolare del trattamento per l'esercizio dei diritti di cui all'articolo 7 del D.Lgs n. 196/2003, che per una migliore evidenza si riporta integralmente.

DECRETO LEGISLATIVO N. 196/2003

ARTICOLO 7 DIRITTO DI ACCESSO AI DATI PERSONALI ED ALTRI DIRITTI

1. *L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intelligibile.*
2. *L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*
 - a) *dell'origine dei dati personali;*
 - b) *delle finalità e modalità del trattamento;*
 - c) *della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
 - d) *degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2;*
 - e) *dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello stato, di responsabili o incaricati.*
3. *L'interessato ha diritto di ottenere:*
 - a) *L'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati.*
 - b) *la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati.*
 - c) *l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*
4. *L'interessato ha diritto di opporsi in tutto o in parte: a) per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che lo riguardano, a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale”.*