



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Inviare entro 60 giorni dall'inizio dell'attività professionale)

Il/La sottoscritto/a _____ sesso (M o F) _____

residente in _____

c.a.p. – località _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

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

di non esercitare attività libero professionale, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato.

In alternativa (*facoltà di non iscrizione all'Ente*):

di essere iscritto in altro albo professionale dotato di Ente di Previdenza e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI

di avere compiuto l'età di 65 anni e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato sui requisiti per l'iscrizione obbligatoria all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica.

Documentazione da allegare:

1. fotocopia leggibile di un documento d'identità valido.

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. 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 _____



NOTA INFORMATIVA PER L'ISCRITTO

L'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (già Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza in favore di IP.AS.VI.), istituito con il D.Lgs n. 103 del 10 febbraio 1996, assicura la tutela previdenziale ed assistenziale in favore degli Infermieri iscritti, dei loro familiari e superstiti, secondo quanto stabilito dallo Statuto e dal Regolamento di Previdenza. Hanno l'obbligo di iscriversi all'Ente tutti gli Infermieri iscritti ad un Collegio provinciale IPASVI che esercitano attività libero professionale, contestualmente o meno ad altra attività di lavoro subordinato. Sono a disposizione di tutti gli Iscritti:

- il servizio di *call center*, che risponde al numero **199.199.027**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 21.00
- il numero di fax, **06/36704490**
- l'indirizzo e-mail: info@enpapi.it

per richiedere informazioni e chiarimenti sugli adempimenti ed i servizi offerti. Inoltre:

- ENPAPI invia gratuitamente ai propri iscritti la rivista dell'Ente;
- è possibile consultare il sito Internet dell'Ente all'indirizzo www.enpapi.it dove sono disponibili lo Statuto ed il Regolamento di Previdenza, ulteriore documentazione e tutta la modulistica.

Si raccomanda di comunicare tempestivamente all'Ente ogni variazione dei propri dati anagrafici e professionali. Si riportano di seguito i principali adempimenti dichiarativi e contributivi conseguenti all'iscrizione.

ADEMPIMENTI DICHIARATIVI

Tutti gli iscritti devono comunicare annualmente all'Ente, con lettera raccomandata o in via telematica, l'ammontare del reddito derivante da attività professionale nonché il volume d'affari prodotti nell'anno precedente a quello in cui viene resa la dichiarazione. La comunicazione deve essere effettuata anche se le dichiarazioni fiscali non sono state presentate o sono negative e deve essere redatta obbligatoriamente avvalendosi dei moduli predisposti dall'Ente. A partire dal 2008, il termine per l'invio del modello di dichiarazione (MODELLO UNI) è fissato al **10 settembre di ciascun anno**.

ADEMPIMENTI CONTRIBUTIVI

La contribuzione annualmente dovuta dagli Iscritti all'Ente è rappresentata dal:

contributo soggettivo, calcolato nella misura del 10% del reddito derivante dall'attività libero professionale prodotto nell'anno ed è deducibile ai fini IRPEF. L'iscritto potrà, facoltativamente, optare annualmente per un'aliquota del 12%, 14%, 16%, 18% ovvero 20%. E', in ogni caso, dovuto un contributo minimo pari ad € 550,00, annualmente rivalutabile dal Consiglio di Amministrazione.

contributo integrativo, rappresentato da una maggiorazione percentuale del 2% a carico del committente e da applicare sui compensi per attività libero professionale. E', in ogni caso, dovuto un contributo minimo pari ad € 120,00, variabile annualmente dal Consiglio di Amministrazione.

contributo di maternità, attualmente pari ad € 20,00 annui.

La **contribuzione** è riscossa, in collaborazione con la Banca Popolare di Sondrio, mediante appositi bollettini M.Av. precompilati, in cinque rate di pari importo, costituite dai contributi minimi per l'anno in corso e da un anticipo del saldo per l'anno precedente, e da un'ultima rata, pari al conguaglio tra quanto versato nelle prime cinque rate e quanto dovuto complessivamente, a titolo di contributo soggettivo e contributo integrativo, sulla base dei redditi netti professionali e dei volumi d'affari dichiarati. Il calcolo degli importi è effettuato dagli uffici dell'Ente.