

## Domanda cluster 2 – solo liberi professionisti

### FONDO DI SOLIDARIETA' ATTIVATO DALLA FNOPI “#NoiConGliInfermieri”

#### DOMANDA DI BENEFICIO “INFERMIERI AMMALATI” SOLO PER I LIBERI PROFESSIONISTI

*(La domanda di accesso al beneficio può essere presentata solo da infermieri liberi professionisti iscritti ad un Ordine provinciale delle professioni infermieristiche o da pensionati ex iscritti all'albo di appartenenza rientrati in servizio senza obbligo di iscrizione all'albo)*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
recapito PEC \_\_\_\_\_  
recapito e-mail \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Iscritto all'OPI di \_\_\_\_\_ dall'anno \_\_\_\_\_ (numero di iscrizione \_\_\_\_\_)  
OPPURE  
Pensionato cancellato dall'OPI di \_\_\_\_\_ dall'anno \_\_\_\_\_ rientrato in servizio il \_\_\_\_\_  
Iscritto all'ENPAPI dall'anno \_\_\_\_\_  
Dichiara di aver contratto il COVID – 19 e di essere stato ricoverato / o in quarantena obbligatoria dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e pertanto

#### CHIEDE

di poter accedere al beneficio previsto dalla FNOPI per “INFERMIERI AMMALATI” DESTINATO AI SOLI LIBERI PROFESSIONISTI che prevede per l'impossibilità di esercitare la libera professione la corresponsione di una somma a **forfait di euro 100,00 al giorno per ogni giorno di degenza o quarantena obbligatoria e per i successivi 30 giorni sino ad un massimo di 50 giorni**

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,**

#### DICHIARA

- di essere iscritto all'OPI di \_\_\_\_\_
- OVVERO
- di essere pensionato, rientrato temporaneamente in servizio, ex iscritto all'OPI di \_\_\_\_\_
  - di essere iscritto alla Cassa ENPAPI dall'anno \_\_\_\_\_ e di svolgere la propria attività lavorativa prevalentemente in regime libero professionale
  - di essere stato ricoverato per COVID – 19 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ per un totale di giorni n \_\_\_\_\_
- Ovvero
- di essere stato in isolamento per COVID – 19 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ per un totale di giorni n \_\_\_\_\_
  - di voler ricevere il presente beneficio economico a mezzo bonifico bancario sul conto corrente bancario a sé intestato IBAN \_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto ai fini dell'applicazione della ritenuta d'acconto sul contributo erogabile dichiara di aver aderito relativamente all'attività libero professionale:**  
**(barrare la casella di interesse)**

- al regime ordinario
- al regime dei "minimi" di cui all' art. 27 del Decreto Legge n. 98/2011 (convertito dalla Legge n. 111/2011)
- al regime "forfettario" di cui all'art. 1, commi da 54 a 89, della Legge n.190/2014 come modificati dall'art. 1, commi da 9 a 11, della Legge n.145/2018

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente domanda non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto e che la FNOPI procederà al controllo dei dati dichiarati e alla acquisizione dell'eventuale ulteriore documentazione necessaria.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare che, successivamente al controllo di regolarità amministrativa della domanda la FNOPI procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto a mezzo bonifico bancario entro 30 giorni dalla positiva verifica di regolarità amministrativa.

Il/La sottoscritto/a autorizza la FNOPI al trattamento dei dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda certificazione medica attestante la malattia (*certificato di dimissioni struttura sanitaria attestante la malattia/certificato del medico ASL attestante la malattia /attestazione esito tamponi sia positivi che negativi*)**

**Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda la fotocopia di un documento in corso di validità.**

Data

Firma

La FNOPI si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

**Tutta la documentazione necessaria deve pervenire esclusivamente alla**

**PEC: [federazione@cert.fnopi.it](mailto:federazione@cert.fnopi.it).**

Si precisa che la casella PEC della Federazione riceve messaggi anche da caselle di posta ordinaria (gmail, hotmail, libero, etc.).