

**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 casella mail: [fondocovid@fnopi.it](mailto:fondocovid@fnopi.it)**