

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/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.

Per informazioni e chiarimenti si può contattare la FNOPI al numero dedicato 0646200147