



MOD.SPG/MD

ASSISTENZA

**DOMANDA DI PRESTAZIONE  
ASSISTENZIALE UNA TANTUM  
DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE  
MEDICO-ODONTOIATRA**

DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Spett.le Fondazione Enpam  
SERVIZIO ASSISTENZA  
P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78  
00185 – Roma

Il/la sottoscritto/a  
Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Codice Fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Codice Enpam

**CHIEDE al FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":**

**PRESTAZIONE STRAORDINARIA UNA TANTUM**

(indicare nel dettaglio le motivazioni):

---

---

---

---

---

(indicare nell'allegato a pag. 5 il dettaglio delle spese sostenute)

**Consapevole delle responsabilità civili e penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000,**

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;

di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) C.A.P. \_\_\_\_\_

in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;

di essere attualmente iscritto/a all'O.M. e degli Odontoiatri di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ ;

e precedentemente di essere stato/a iscritto/a all'O.M. e degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_

dal \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ al \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Sez. A) di svolgere le seguenti attività:**

| ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE | LAVORO DIPENDENTE | LAVORO CONVENZIONATO |
|-------------------------------|-------------------|----------------------|
|                               |                   |                      |
|                               |                   |                      |

di essere pensionato/a dal: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_;

Che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

CELIBE/NUBILE

SEPARATO/A

CONIUGATO/A

VEDOVO/A

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <b>Cognome e nome del coniuge</b> | <b>Data e luogo di nascita</b> |
| _____                             | _____                          |

Altre persone conviventi:

| TIPO DI PARENTELA | COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | LUOGO | PROV. |
|-------------------|---------|------|-----------------|-------|-------|
|                   |         |      |                 |       |       |
|                   |         |      |                 |       |       |
|                   |         |      |                 |       |       |
|                   |         |      |                 |       |       |

## DICHIARA inoltre:

di aver posseduto nell'anno 2\_\_\_\_\_ i seguenti redditi: (1)\*

| DESCRIZIONE DEI REDDITI  | DICHIARANTE   | CONIUGE/<br>GENITORE<br>DECEDUTO | ALTRI<br>COMPONENTI |
|--|---------------|----------------------------------|---------------------|
| <b>A) TERRENI</b>  | €.....        | €.....                           | €.....              |
| <b>B) CASA DI ABITAZIONE</b> ( <i>rendita catastale aggiornata</i> )   | €.....        | €.....                           | €.....              |
| ALTRI FABBRICATI ( <i>rendita catastale aggiornata</i> )   | €.....        | €.....                           | €.....              |
| <b>C) LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI</b><br>( <i>stipendi salari, pensione Enpam, altre pensioni ecc.</i> )  | €.....        | €.....                           | €.....              |
| <b>D) LAVORO AUTONOMO</b>  | €.....        | €.....                           | €.....              |
| <b>E) DIVERSI</b> ( <i>specificare tipo di reddito</i> )   | €.....        | €.....                           | €.....              |
| <b>AMMONTARE COMPLESSIVO</b>   | <b>€.....</b> | <b>€.....</b>                    | <b>€.....</b>       |
| <b>F) ESENTI DALL'IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE</b> ( <i>pensioni di guerra, pensioni, indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogati dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, ai sordomuti ed agli invalidi civili</i> ) O ASSOGGETTATI A RITENUTE ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA ( <i>interessi bancari, cedole obbligazioni ecc.</i> ) | €.....        | €.....                           | €.....              |

(1)\* indicare i redditi dell'ultima dichiarazione fiscale

e che per detti redditi, ad eccezione di quelli indicati alla lettera f), è stata presentata la seguente documentazione (*indicare per ciascuno dei soggetti le modalità di denuncia dei rispettivi redditi: cioè Mod. CUD/730 ovvero UNICO*).

**(allegare copia dei modelli fiscali presentati)**

## CHIEDE

che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

**mediante accredito sul c/c bancario o postale acceso a proprio nome presso:**

ISTITUTO DI CREDITO / UFF.POSTALE \_\_\_\_\_  
 FILIALE/AGENZIA N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ (località)

|       | Codice<br>Nazione    | CIN<br>internaz.     | CIN                  | ABI                  | CAB                  | NUMERO DI CONTO      |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| IBAN: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| BIC:  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

(per pagamento verso Paesi Europei)

cointestato con: \_\_\_\_\_

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

Dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

luogo e data \_\_\_\_\_ firma (per esteso del dichiarante) \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI e ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI:**

\_\_\_\_\_

Sulla richiesta si esprime parere \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ IL PRESIDENTE \_\_\_\_\_

(Si prega di esprimere un parere autonomo e circostanziato basato sugli elementi di conoscenza diretta del caso)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (in carta libera):**

1. Copia, completa di allegati, del o dei Mod. 730/Unico del nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno fiscale, debitamente sottoscritta;
2. Documentazione comprovante l'infortunio o la malattia, ovvero l'evento di particolare gravità, e relativi documenti di spesa;
3. Copia documento d'identità.

**AVVERTENZE**

1. Ai fini della concessione delle prestazioni, il reddito complessivo del nucleo familiare non deve essere superiore a sei volte l'importo del trattamento minimo Inps, aumentato di un sesto per ogni componente il nucleo familiare escluso il richiedente;
2. Il modulo va compilato in ogni sua parte, precisando il tipo di attività professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, analista, ecc...);
3. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
4. In caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore);
5. La domanda, compilata e corredata della prescritta documentazione, dovrà essere trasmessa all'Enpam, esclusivamente attraverso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia dove il Sanitario risulta iscritto.

**DETTAGLIO DELLE SPESE SOSTENUTE**

Indicare di seguito, nel modo più chiaro possibile, il dettaglio delle spese mediche e/o straordinarie sostenute:

| <b>NUMERO FATTURE O<br/>SCONTRINI</b> | <b>TIPOLOGIA<br/>(AD ES. SPESE ODONTOIATRICHE, SPESE<br/>FUNERARIE, ECC.)</b> | <b>IMPORTO</b> |
|---------------------------------------|---|----------------|
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |
|                                       |   |                |