

Che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

CELIBE/NUBILE

SEPARATO/A

CONIUGATO/A

VEDOVO/A

| | |
|----------------------------|-------------------------|
| Cognome e nome del coniuge | Data e luogo di nascita |
| _____ | _____ |

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/ GENITORE DECEDUTO | ALTRI COMPONENTI |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------|---------------------|
| A) TERRENI | €..... | €..... | €..... |
| B) CASA DI ABITAZIONE (<i>rendita catastale aggiornata</i>) | €..... | €..... | €..... |
| ALTRI FABBRICATI (<i>rendita catastale aggiornata</i>) | €..... | €..... | €..... |
| C) LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI (<i>stipendi salari, pensione Enpam, altre pensioni ecc.</i>) | €..... | €..... | €..... |
| D) LAVORO AUTONOMO | €..... | €..... | €..... |
| E) DIVERSI (<i>specificare tipo di reddito</i>) | €..... | €..... | €..... |
| AMMONTARE COMPLESSIVO | €..... | €..... | €..... |
| F) ESENTI DALL'IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE (<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)

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 Nazione | CIN internaz. | CIN | ABI | CAB | NUMERO DI CONTO |
|-------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| IBAN: | <input type="text"/> |
| BIC: | <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 di spesa;
3. Copia documento d'identità.

AVVERTENZE

1. Ai fini della concessione delle prestazioni (escluse quelle per calamità naturali), 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.