



MOD.SPG/SUP

ASSISTENZA

FONDO DI PREVIDENZA GENERALE SUPERSTITI DOMANDA DI PRESTAZIONE PER ASSISTENZA DOMICILIARE

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 _____
Cognome Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice fiscale superstite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 /

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Enpam

CHIEDE al FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":

SUSSIDIO CONTINUATIVO PER ASSISTENZA DOMICILIARE

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 Vedovo/a Orfano/a del Dott. _____ nato/a il ___ / ___ / _____

deceduto/a il ___ / ___ / _____ iscritto all'Albo Professionale di _____ fino al ___ / ___ / _____ .

di non essere ricoverato/a presso strutture di lungodegenza;

si impegna a comunicare immediatamente un eventuale ricovero presso strutture a lungodegenza.

Altre persone conviventi:

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

- di essere titolare di pensione Enpam nella misura di € _____
- di essere titolare delle seguenti altre pensioni _____
- di non essere titolare di altre pensioni

DICHIARA:

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)

Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Enpam un eventuale ricovero in struttura di lungodegenza.

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 Nazione	CIN 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"/>			(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. Verbale rilasciato dalla Commissione Medica del competente Ordine dei Medici e degli Odontoiatri attestante la condizione di non autosufficienza del richiedente;
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;
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 risultava iscritto al momento del decesso.