



MOD.SPG/SUP

## FONDO DI PREVIDENZA GENERALE SUPERSTITI DOMANDA DI PRESTAZIONE ASSISTENZIALE PER CALAMITÀ NATURALI

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

ASSISTENZA

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Cognome Nome

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Codice fiscale Codice Enpam

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

PRESTAZIONE STRAORDINARIA PER CALAMITA NATURALE

(allegare perizia giurata dalla quale risultino i danni subiti)

CONCORSO NEL PAGAMENTO DEGLI ONERI PER INTERESSI SU MUTUI EDILIZI

(concesso per l'acquisto, la ricostruzione o la riparazione della casa di abitazione demolita o sgomberata)

**Nota bene:** i sussidi vengono concessi esclusivamente se l'immobile costituisce la prima abitazione e se il richiedente è titolare di un diritto di proprietà o di usufrutto su di esso.

**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. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;

che l'evento calamitoso è avvenuto in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;

di essere Vedovo/a Orfano/a del Dott. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

deceduto/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

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.

## 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) \_\_\_\_\_

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

1. Perizia giurata o asseverata dalla quale risultino i danni subiti e la loro diretta dipendenza dalla calamità naturale;
2. Certificato catastale dell'immobile danneggiato;
3. Copia contratto di mutuo e dichiarazione sostitutiva di atto notorio dalla quale risulti che per il mutuo richiesto non è stato percepito altro contributo;
4. Copia atto di proprietà (o di usufrutto) dell'immobile per il quale si richiede il sussidio;
5. Copia documento di identità.

**AVVERTENZE**

1. Il modulo va compilato in ogni sua parte;
2. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
3. 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).