

**DOMANDA DI PRESTAZIONE
PER INVALIDITÀ TEMPORANEA
DEL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE
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

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 ____ / ____ / ____ ;

DICHIARA

di aver sospeso l'attività professionale per inabilità totale e temporanea in data ____ / ____ / ____
essendo affetto/a da _____ ;

che l'invalidità perdura ancora;

di aver ripreso l'attività professionale in data ____ / ____ / ____ ;

di svolgere le seguenti attività:

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

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 | €..... | €..... | €..... |

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

e che per detti redditi 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 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 OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA (in carta libera):

1. Certificato medico da cui risulti la natura, la data d'insorgenza e la durata della malattia;
2. Eventuale documentazione di spesa relativa all'infortunio o alla malattia;
3. Copia, completa di allegati, del o dei Mod. 730/Unico del nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno fiscale, debitamente sottoscritta;
4. Verbale di visita collegiale effettuata presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri dove il Sanitario risulta iscritto, nel caso in cui l'infortunio o la malattia comportino inabilità temporanea assoluta all'esercizio dell'attività per una durata prevedibile superiore ai sei mesi;
5. Copia documento d'identità.

AVVERTENZE

1. La prestazione viene erogata a partire dal 61° giorno dall'insorgenza dello stato di inabilità;
2. Ai fini della concessione della prestazione, 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;
3. Compilare in ogni sua parte il modulo; precisare il tipo di attività professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, analista, ecc...);
4. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
5. 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);
6. 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.