

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.