FONDAZIONE E.N.P.A.M.

MOD.SPG/MD

DOMANDA DI PRESTAZIONE PER CASA DI RIPOSO DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE 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

CHIEDE al FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":

SUSSIDIO OSPITALITA PRESSO CASA DI RIPOSO:

☐ RICHIEDENTE ☐ CONIUGE/CONVIVENTE

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 ___/____/_____;

e precedentemente di essere stato/a iscritto/a all'O.M. e degli Odontoiatri di _____

dal ____/____/_____ al ____/____/_____.

DICHIARA

☐ di essere ricoverato/a presso la seguente struttura _____ dal ___/___/_____;

☐ che il coniuge è ricoverato/a presso la seguente struttura_____ dal ___/___/_____;

☐ che il ricovero nella struttura _____partirà dal ___/___/_____;

☐ che egli ed il coniuge non usufruiscono del sussidio per assistenza domiciliare erogato dall'Enpam;

☐ che egli ed il coniuge rinunciano al sussidio per assistenza domiciliare di cui sono beneficiari a partire dal ___/___/_____;

di essere pensionato/a dal: ___ /___ / _____.

enpam

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 *(rendita catastale aggiornata)*	€.....	€.....	€.....
ALTRI FABBRICATI *(rendita catastale aggiornata)*	€.....	€.....	€.....
C) LAVORO DIPENDENTE E ASSIMILATI *(stipendi salari, pensione Enpam, altre pensioni ecc.)*	€.....	€.....	€.....
D) LAVORO AUTONOMO	€.....	€.....	€.....
E) DIVERSI *(specificare tipo di reddito)*	€.....	€.....	€.....
AMMONTARE COMPLESSIVO	**€.....**	**€.....**	**€.....**
F) ESENTI DALL'IMPOSTA SUL REDDITO DELLE PERSONE FISICHE *(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)* O ASSOGGETTATI A RITENUTE ALLA FONTE A TITOLO D'IMPOSTA *(interessi bancari, cedole obbligazioni ecc.)*	€.....	€.....	€.....

(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)

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:						
BIC:						(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. Certificazione della casa di riposo;

3. Copia del documento d'identità;

4. Una volta che la richiesta di sussidio è stata accettata, sarà cura dell'interessato spedire le fatture di pagamento **in originale** all'Enpam per l'erogazione.

AVVERTENZE

1. Ai fini della concessione delle prestazioni, il reddito complessivo del richiedente non deve essere superiore a tre volte il minimo INPS;

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 risulta iscritto.

enpam