

**DOMANDA DI PRESTAZIONE  
PER CALAMITÀ NATURALI DEL  
FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE  
SUSSIDIO SOSTITUTIVO DEL REDDITO**

**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 svolgere **esclusivamente** attività libero-professionale in qualità di \_\_\_\_\_ con studio sito in \_\_\_\_\_ ;
- che, per effetto dell'evento calamitoso avvenuto in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ , ha dovuto interrompere la sua attività libero-professionale per il periodo dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ al \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ;
- che, in conseguenza di tale interruzione, non ha percepito, per il periodo suddetto, alcun reddito;

**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) \_\_\_\_\_

**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 OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA:**

1. Copia documento d'identità;

**AVVERTENZE**

1. Compilare il modulo in ogni sua parte. Precisare il tipo di attività libero-professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, pediatra, ecc...);
2. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
3. Nel caso in cui, all'atto della presentazione della domanda, il sanitario sia ancora impossibilitato a riprendere l'attività professionale, potrà ripetere la richiesta per il restante periodo, fino ad un massimo di dodici mesi a partire dal giorno di sospensione;
4. 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.