



**FONDO DI PREVIDENZA GENERALE  
SUPERSTITI  
DOMANDA DI PRESTAZIONE  
ASSISTENZIALE UNA TANTUM**

DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI  
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

ASSISTENZA

Spett.le Fondazione E.N.P.A.M.  
SERVIZIO ASSISTENZA  
Via Torino, 38  
00184 - ROMA

Il/la Sottoscritto/a

Cognome

Nome

Codice fiscale superstite

Codice ENPAM

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

**prestazione straordinaria una tantum** (indicare nel dettaglio le motivazioni):

---



---



---

(indicare nell'allegato a pag. 5 il dettaglio delle spese sostenute)

**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 Vedovo/a Orfano/a del Dott. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 deceduto/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ iscritto all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ fino  
 al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ .

**Altre persone conviventi:**

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

di essere titolare di pensione E.N.P.A.M. nella misura di € \_\_\_\_\_  
 di essere titolare delle seguenti altre pensioni \_\_\_\_\_  
 di non essere titolare di altre pensioni \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

di aver posseduto nell'anno 2\_\_\_\_\_ i seguenti redditi: (1)\*

DESCRIZIONE DEI REDDITI	DICHIARANTE	CONIUGE/ GENITORE DECEDUTO	ALTRI COMPONENTI
<b>A)</b> terreni.....	€ _____	€ _____	€ _____
<b>B)</b> casa di abitazione ( <i>rendita catastale aggiornata</i> ).....	€ _____	€ _____	€ _____
altri fabbricati ( <i>rendita catastale aggiornata</i> ).....	€ _____	€ _____	€ _____
<b>C)</b> di lavoro dipendente e assimilati ( <i>stipendi salari, pensione ENPAM, altre pensioni ecc.</i> )	€ _____	€ _____	€ _____
<b>D)</b> lavoro autonomo .....	€ _____	€ _____	€ _____
<b>E)</b> diversi ( <i>specificare tipo di reddito</i> ).....	€ _____	€ _____	€ _____
<b>AMMONTARE COMPLESSIVO</b> .....	€ _____	€ _____	€ _____
<b>F)</b> 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:	<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 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. Copia stato di famiglia;
3. Documentazione in fotocopia, comprovante l'infortunio o malattia, ovvero l'evento di particolare gravità (spese medico-farmaceutiche sostenute non rimborsabili dal S.S.N., ed ogni altra documentazione utile, quale spese funerarie, ecc..);
4. Copia documento d'identità.

**“AVVERTENZE”**

1. Ai fini della concessione delle prestazioni, 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;
2. Compilare il modulo 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 risultava iscritto al momento del decesso.

