



## FONDO DI PREVIDENZA GENERALE SUPERSTITI DOMANDA DI PRESTAZIONE PER ASSISTENZA DOMICILIARE

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":  
sussidio continuativo per assistenza domiciliare.**

**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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;  
 di non essere ricoverato/a presso strutture di lungodegenza.

#### 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	ALTRI COMPONENTI
A) terreni.....	€ _____	€ _____	€ _____
B) casa di abitazione ( <i>rendita catastale aggiornata</i> ).....	€ _____	€ _____	€ _____
altri fabbricati ( <i>rendita catastale aggiornata</i> ).....	€ _____	€ _____	€ _____
C) di lavoro dipendente e assimilati ( <i>stipendi salari, pensione ENPAM, altre pensioni ecc.</i> )	€ _____	€ _____	€ _____
D) lavoro autonomo .....	€ _____	€ _____	€ _____
E) diversi ( <i>specificare tipo di reddito</i> ).....	€ _____	€ _____	€ _____
<b>AMMONTARE COMPLESSIVO</b> .....	€ _____	€ _____	€ _____
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)

Il/la sottoscritto/a si impegna altresì a comunicare tempestivamente all'Enpam un eventuale ricovero in struttura di lungodegenza.

**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. Verbale rilasciato dalla Commissione Medica del competente Ordine dei Medici e degli Odontoiatri attestante la condizione di non autosufficienza del richiedente;
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. 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 risultava iscritto al momento del decesso.