



## DOMANDA DI PRESTAZIONE PER INVALIDITÀ TEMPORANEA DEL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE MEDICO-ODONTOIATRA

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 \_\_\_\_\_  
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 aver sospeso l'attività professionale per inabilità totale e temporanea in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;  
essendo affetto/a \_\_\_\_\_;  
che l'invalidità perdura ancora;  
di aver ripreso l'attività professionale in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;  
di svolgere le seguenti attività:

| ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE | LAVORO DIPENDENTE | LAVORO CONVENZIONATO |
|-------------------------------|-------------------|----------------------|
|                               |                   |                      |
|                               |                   |                      |

che il proprio stato civile e familiare è il seguente:

celibe/nubile     separato/a     coniugato/a     vedovo/a

|                                   |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| <b>Cognome e nome del coniuge</b> | <b>Data e luogo di nascita</b> |
| _____                             | _____                          |

Altre persone conviventi:

| TIPO DI PARENTELA | COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | LUOGO | PROV. |
|-------------------|---------|------|-----------------|-------|-------|
|                   |         |      |                 |       |       |
|                   |         |      |                 |       |       |
|                   |         |      |                 |       |       |
|                   |         |      |                 |       |       |

## DICHIARA inoltre:

che il nucleo familiare ha posseduto nell'anno 2\_\_\_\_\_ i seguenti redditi: (1)\*

| DESCRIZIONE DEI REDDITI  | DICHIARANTE | CONIUGE | 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<br>( <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> .....   | € _____     | € _____ | € _____          |

(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<br>Nazione    | CIN<br>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.