



DOMANDA DI PRESTAZIONE ASSISTENZIALE AGGIUNTIVA 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

CHIEDE al FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA B":

prestazione assistenziale per spese mediche o straordinarie in favore dei pensionati per invalidità assoluta e permanente.

sussidio assistenziale aggiuntivo per l'assistenza domiciliare riservato al medico pensionato o al coniuge convivente che già fruiscono del sussidio continuativo a carico della Quota A;

sussidio aggiuntivo una tantum per calamità naturali.

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 ___/___/___;

di essere pensionato/a dal: ___/___/___;

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 | ALTRI COMPONENTI |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|------------------|
| A) terreni | € _____ | € _____ | € _____ |
| B) casa di abitazione (rendita catastale aggiornata) | € _____ | € _____ | € _____ |
| altri fabbricati (rendita catastale aggiornata) | € _____ | € _____ | € _____ |
| C) di lavoro dipendente e assimilati (<i>stipendi salari, pensione ENPAM, altre pensioni ecc.</i>) | € _____ | € _____ | € _____ |
| 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: | <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 di spesa;
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, precisando il tipo di attività professionale svolta dal medico (ad esempio odontoiatra, analista, ecc...);
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.