



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

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 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;
2. Copia stato di famiglia.

“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.