



FONDI SPECIALI DI PREVIDENZA DOMANDA DI RICONGIUNZIONE

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO RISCATTI E RICONGIUNZIONI
Via Torino, 38
00184 Roma

Il/la sottoscritto/a
Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Codice ENPAM

Nato/a il __/__/____ Tel. _____ E-mail _____

CONVENZIONATO/A CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

TRANSITATO/A A RAPPORTO D'IMPIEGO

CHIEDE

ai sensi della Legge 5 marzo 1990 n. 45, la ricongiunzione presso il: (**barrare una sola casella**)

Fondo Medici di Medicina Generale (Medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale, Transitati a rapporto d'impiego);

Fondo Specialisti Ambulatoriali (Specialisti Ambulatoriali, Medicina dei Servizi e Transitati a rapporto d'impiego);

Fondo Specialisti Esterni.

POSIZIONI ASSICURATIVE DA RICONGIUNGERE:

	SEDE DI	PERIODO
<input type="checkbox"/> I.N.P.S.	dal.....al.....
<input type="checkbox"/> I.N.P.D.A.P.	dal.....al.....
<input type="checkbox"/> E.N.P.A.M. Fondi Speciali	ROMA	dal.....al.....
<input type="checkbox"/> ALTRI ENTI	dal.....al.....

Domanda di riscatto presentata presso altri enti previdenziali	Ente presso il quale è stata presentata la domanda	Tipo di riscatto	Periodo riscattato
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Il/la sottoscritto/a si impegna ad inviare la documentazione che l'ENPAM riterrà necessaria per il perfezionamento della pratica e per i controlli previsti dall'art. 71 del Decreto del Presidente della Repubblica n° 445 del 28 Dicembre 2000.

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)

Sig. _____ (firma per esteso del dichiarante)

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig. _____

Sig. _____ (firma per esteso del dipendente addetto)

INVIO PER POSTA O PER FAX AL n° 06 48294.977

Alligare fotocopia non autenticata del documento d'identità (art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000)

DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA (in originale o copia autentica)

FONDO MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Gli iscritti **transitati a rapporto d'impiego** devono produrre una documentazione (o autocertificazione) attestante la data del passaggio alla dipendenza.

FONDO SPECIALISTI AMBULATORIALI

a) Convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale - gli iscritti devono produrre la seguente documentazione:

- 1 - dichiarazione rilasciata dal Comitato zonale attestante l'orario settimanale di servizio tenuto dalla data di inizio del rapporto fino alla data di presentazione della presente domanda;
- 2 - dichiarazione rilasciata dalle ASL da cui risulti se dall'inizio della attività fino alla data della presente domanda:
 - ha/non ha effettuato prestazioni per prolungamento dell'orario di lavoro (indicare gli anni e il numero delle ore);
 - ha/non ha svolto attività extra-moenia (indicare gli anni e il numero delle ore);
 - ha/non ha effettuato sostituzioni (indicare gli anni e il numero delle ore);
 - ha/non ha svolto attività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati ex art. 31 ANC di categoria (indicare il numero delle ore svolte in ciascun anno a tale titolo, dei compensi e/o dei contributi versati, nonché il compenso orario ordinario).

b) Transitati a rapporto d'impiego - gli iscritti devono produrre una documentazione attestante la data del passaggio alla dipendenza.

FONDO SPECIALISTI ESTERNI

Gli iscritti devono produrre una dichiarazione rilasciata dalla Struttura competente attestante la branca specialistica esercitata: "a prestazione" o "a visita" .

Si precisa che può essere oggetto di ricongiunzione:

- il servizio militare di leva, anche se svolto in qualità di Ufficiale Medico, solo se accreditato come periodo figurativo presso altro ente previdenziale (in tale caso è preclusa la possibilità di riscatto presso questa Fondazione);
- il periodo di ferma di leva prolungata (2/3 anni)

OGNI EVENTUALE CAMBIO DI RESIDENZA DOVRA ESSERE TEMPESTIVAMENTE COMUNICATO ALL'ENPAM TRAMITE L'ORDINE PROVINCIALE DI APPARTENENZA