



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 DI IMPIEGO)

DOMANDA DI RISCOATTO

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 in qualità di:

- Medico di Medicina Generale e/o Continuità assistenziale
 Pediatra di libera scelta

TRANSITATO/A A RAPPORTO D'IMPIEGO

CHIEDE

- di riscattare N° _____ anni del corso legale del diploma di laurea;
- di riscattare N° _____ anni del corso legale del diploma di specializzazione in (solo per i Pediatri di libera scelta) _____;
- di riscattare N° ___ anni del corso legale di formazione in medicina generale frequentato dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / _____ (attestato conseguito il ___ / ___ / _____);
- di riscattare il periodo precontributivo dal _____ al _____ per il quale non vi è stato accredito di contributi al Fondo;
- di riscattare i periodi di totale sospensione dell'attività convenzionata (autocertificare i periodi di sospensione e le relative motivazioni)
- di riscattare i periodi contributivi già liquidati relativi alla durata di precedenti rapporti professionali svolti in regime di convenzione;
- di riscattare il periodo del servizio militare obbligatorio o del servizio civile prestato dal ___ / ___ / ___ al ___ / ___ / ___ (indicare esattamente il periodo o allegare il foglio matricolare).

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

- 1) di non aver presentato domanda di pensione per invalidità permanente;
- 2) di essere attualmente titolare di un rapporto di convenzione o di impiego con il Servizio Sanitario Nazionale e/o (indicare eventuali altri Enti)_____;
- 3) che i periodi oggetto di riscatto del servizio militare ovvero del servizio civile non sono stati riscattati presso altra gestione previdenziale obbligatoria;
- 4) che i periodi oggetto di riscatto del servizio militare ovvero del servizio civile non sono coincidenti con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata, fatta eccezione per la contribuzione alla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM.

Il/la sottoscritto/a si impegna ad inviare in originale o in copia autenticata 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 48294.725

(ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità)

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

Gli iscritti **TRANSITATI A RAPPORTO D'IMPIEGO** devono produrre una documentazione (o autocertificazione) attestante la data del passaggio alla dipendenza.

Gli iscritti che modificano la convenzione da medicina di base e/o continuità assistenziale a pediatria di base, devono produrre una certificazione attestante la data del passaggio.

Gli iscritti che intendono accedere al riscatto dei **periodi di sospensione** devono autocertificare i periodi e le relative motivazioni.

REQUISITI

PUÒ ESSERE AMMESSO AI RISCATTI L'ISCRITTO CHE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:

- 1) non abbia compiuto i 65 anni di età;
- 2) non sia cessato dal rapporto d'impiego o di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 3) abbia un'anzianità contributiva effettiva o ricongiunta non inferiore a 10 anni (l'anzianità contributiva non è richiesta per il riscatto dei periodi già liquidati);
- 4) non abbia rinunciato da meno di 2 anni ad un riscatto analogo;
- 5) sia in regola con i pagamenti relativi ad eventuali riscatti di allineamento in corso di ammortamento;
- 6) non abbia presentato domanda di pensione per invalidità permanente.

OGNI EVENTUALE CAMBIO DI RESIDENZA DOVRA ESSERE TEMPESTIVAMENTE COMUNICATO