



FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

DOMANDA DI RESTITUZIONE DEI CONTRIBUTI

(DA PRESENTARE DOPO IL COMPIIMENTO DEL 65° ANNO DI ETÀ)

PRESTAZIONI

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
SERVIZIO PRESTAZIONI FONDO GENERALE
Via Torino, 38
00184 Roma

Il/La sottoscritto/a
Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Codice ENPAM

Non essendo in possesso dei requisiti di anzianità minima contributiva prevista per il pensionamento

CHIEDE

la restituzione dei contributi versati al Fondo di Previdenza Generale.

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 aver conseguito il diploma di laurea il _____;

di essere stato iscritto all'O.M. e degli Odontoiatri di _____

dal _____ al _____;

di aver svolto l'attività medica e/o odontoiatra anche nei seguenti Stati:

_____,
versando i relativi contributi previdenziali ai seguenti Istituti:

_____;

CHIEDE

che l'importo della prestazione spettante venga corrisposto 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: _____

Il/La sottoscritto/a **dichiara**, infine, di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 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

La presente dichiarazione, firmata e accompagnata *dalla fotocopia del documento di riconoscimento*, può essere inviata **per posta** o **per fax** allo 06.48.29.46.48 (Art. 38 del T.U. D.P.R. 445/2000);

oppure

Può essere sottoscritta in presenza del Funzionario dell'ENPAM addetto alla ricezione.

Spazio riservato al Funzionario addetto	Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento _____
	N° _____ rilasciato da _____ il _____
	La presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza: (art.38 del T.U. sulla documentazione amministrativa)
	Data _____
	_____ Timbro e Firma del Funzionario addetto

N.B.: allegare fotocopia del tesserino di codice fiscale