



FONDI SPECIALI DOMANDA DI RESTITUZIONE CONTRIBUTI

PER I MEDICI CHE HANNO COMPIUTO IL 65° ANNO DI ETÀ
E NON HANNO MATURATO 15 ANNI DI
CONTRIBUZIONE EFFETTIVA O RISCATTATA

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

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

Codice Fiscale

Nome

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 aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____;
 di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
 SI NO di aver effettuato il riscatto del precontributivo;
 SI NO di aver effettuato il riscatto di laurea;
 SI NO di aver effettuato il riscatto di specializzazione;
 SI NO di aver ricongiunto periodi assicurativi ai sensi della legge 5 marzo 1990 n°45.

DICHIARA inoltre **DI AVER CESSATO** dal prestare opera professionale per conto dei disciolti Enti Mutualistici e/o del S.S.N. (*o altri Enti*) in qualità di medico (*barrare la casella*):

- GENERICO** in data _____
- AMBULATORIALE** in data _____
- SPECIALISTA ESTERNO** in data _____

Il/La sottoscritto/a, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento, **CHIEDE** la restituzione dei contributi, nella misura prevista dalle norme regolamentari in vigore.

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** inoltre che l'importo delle prestazioni venga corrisposto mediante accredito sul c/c bancario a lei/lui intestato presso:

ISTITUTO BANCARIO _____

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)

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)

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

(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)**

- A)** Tutti i sanitari dovranno produrre la seguente certificazione:
dichiarazione della competente struttura del Servizio Sanitario Nazionale (*o altro Ente*) attestante la data di cessazione del rapporto, la natura dell'attività prestata, gli eventuali periodi di sospensione del rapporto.
- B)** I medici AMBULATORIALI dovranno inoltre produrre la seguente documentazione:
dichiarazione rilasciata dalla USL che ha erogato il “**premio di operosità**” da cui risulti la misura dell'aliquota fiscale applicata (*e non l'ammontare della ritenuta operata*).

N.B. Ulteriore documentazione potrà essere richiesta dopo il controllo della posizione contributiva.