



SPFS/REST.CONTR.SUP

FONDI SPECIALI DOMANDA DI RESTITUZIONE CONTRIBUTI A SUPERSTITI

DI MEDICO CESSATO TITOLARE DI UNA POSIZIONE
CONTRIBUTIVA INFERIORE A 5 ANNI

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

PRESTAZIONI

Il/La sottoscritto/a
Cognome Nome

Codice Fiscale

in qualità di _____ (specificare se coniuge, figlio/a, genitore, fratello o sorella).

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. ___/____;

SI NO di aver presentato ad altra gestione domanda di ricongiunzione ai sensi della Legge 5 marzo 1990 n°45;

di essere superstite del Dott. _____ nato il _____
a _____ (Prov. _____) e deceduto il _____

Codice ENPAM

iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____, che in passato
è stato convenzionato con il S.S.N. in qualità di medico:

- GENERICO
 AMBULATORIALE
 SPECIALISTA ESTERNO

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** per sé, e per gli altri superstiti aventi diritto, la restituzione dei contributi nella misura prevista dall'art.8, 4° comma delle norme regolamentari in vigore.

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

ISTITUTO DI CREDITO _____

FILIALE/AGENZIA _____

	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)		

COINTESTATARIO _____

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)