



FONDO DI PREVIDENZA GENERALE SUPERSTITI
DOMANDA DI PRESTAZIONE PER CASA DI RIPOSO

(riservata al coniuge superstite ultrasessantacinquenne)
DA PRESENTARE PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

ASSISTENZA

Spett.le E.N.P.A.M.
SERVIZIO ASSISTENZA
Via Torino, 38
00184 - ROMA

Il/la Sottoscritto/a [Cognome] [Nome]
[Codice fiscale superstite] [Codice ENPAM]

CHIEDE al FONDO DI PREVIDENZA GENERALE "QUOTA A":

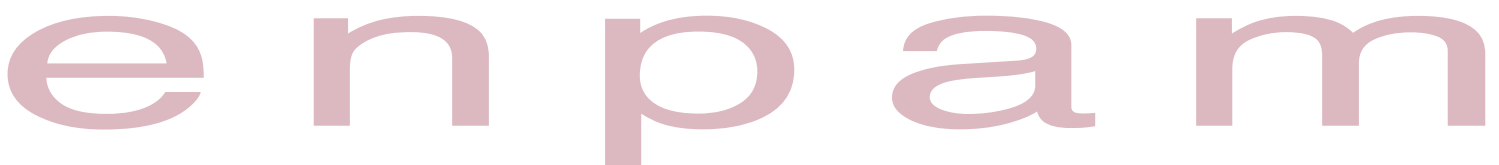
sussidio ospitalità presso case di riposo.

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 essere Vedovo/a del Dott. _____ nato/a il ___/___/____ deceduto il ___/___/____ iscritto all'Albo Professionale di _____ fino al ___/___/____;

di essere ricoverato/a presso la seguente struttura _____ dal ___/___/____; che il ricovero nella struttura _____ partirà dal ___/___/____; di non usufruire del sussidio per assistenza domiciliare erogato dall'Enpam; di rinunciare al sussidio per assistenza domiciliare di cui è beneficiario/a a partire dal ___/___/____.



Altre persone conviventi:

TIPO DI PARENTELA	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO	PROV.

di essere titolare di pensione E.N.P.A.M. nella misura di € _____
 di essere titolare delle seguenti altre pensioni _____
 di non essere titolare di altre pensioni _____

DICHIARA inoltre:

di aver posseduto nell'anno 2_____ i seguenti redditi: (1)*

DESCRIZIONE DEI REDDITI	DICHIARANTE	CONIUGE	ALTRI COMPONENTI
A) terreni.....	€ _____	€ _____	€ _____
B) casa di abitazione (<i>rendita catastale aggiornata</i>).....	€ _____	€ _____	€ _____
altri fabbricati (<i>rendita catastale aggiornata</i>).....	€ _____	€ _____	€ _____
C) di lavoro dipendente e assimilati (<i>stipendi salari, pensione ENPAM, altre pensioni ecc.</i>)	€ _____	€ _____	€ _____
D) lavoro autonomo	€ _____	€ _____	€ _____
E) diversi (<i>specificare tipo di reddito</i>).....	€ _____	€ _____	€ _____
AMMONTARE COMPLESSIVO	€ _____	€ _____	€ _____
F) esenti dall'imposta sul reddito delle persone fisiche (pensioni di guerra, pensioni, indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogati dal Ministero dell'Interno ai ciechi civili, ai sordomuti ed agli invalidi civili) o assoggettati a ritenute alla fonte a titolo d'imposta (interessi bancari, cedole obbligazioni ecc.)			
	€ _____	€ _____	€ _____

(1)* indicare i redditi dell'ultima dichiarazione fiscale

e che per detti redditi, ad eccezione di quelli indicati alla lettera f), è stata presentata la seguente documentazione (indicare per ciascuno dei soggetti le modalità di denuncia dei rispettivi redditi: cioè Mod. CUD/730 ovvero UNICO). (allegare copia dei modelli fiscali presentati)

CHIEDE

che la liquidazione del trattamento assistenziale avvenga con le seguenti modalità:

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: _____

ALLEGA la documentazione indicata sul retro del modello.

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)

RISERVATO ALL'ORDINE DEI MEDICI e ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI:

Sulla richiesta si esprime parere _____ per il seguente motivo:

Data, ____/____/____

IL PRESIDENTE _____

(Si prega di esprimere un parere autonomo e circostanziato basato sugli elementi di conoscenza diretta del caso)

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (in carta libera):

1. Copia, completa di allegati, del o dei Mod. 730/Unico del nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno fiscale, debitamente sottoscritta;
2. Copia stato di famiglia;
3. Certificazione della casa di riposo;
4. Copia documento d'identità;
5. Una volta che la richiesta di sussidio è stata accettata, sarà cura del superstite spedire le fatture di pagamento **in originale** all'Enpam per l'erogazione.

“AVVERTENZE”

1. Ai fini della concessione delle prestazioni, il reddito complessivo del richiedente non deve essere superiore a tre volte il minimo INPS;
2. Il modulo va compilato in ogni sua parte;
3. L'indicazione del codice fiscale è obbligatoria per legge. L'Ente non potrà procedere alla liquidazione del trattamento senza tale dato;
4. In caso di incapacità oppure comunque di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del presente modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante (tutore o procuratore);
5. La domanda, compilata e corredata della prescritta documentazione, dovrà essere trasmessa all'ENPAM, esclusivamente attraverso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia dove il Sanitario risultava iscritto al momento del decesso.