

Il/La sottoscritto/a, in possesso dei requisiti previsti dal regolamento, **CHIEDE** le seguenti prestazioni:

- 1) il trattamento in pensione;
- 2) la liquidazione di una indennità pari nel massimo al 15% della pensione, ed il residuo trattamento in pensione⁽²⁾;
- 3) la liquidazione parziale di una indennità lorda di € _____ e la liquidazione della pensione residua (sempre che tale indennità sia di importo inferiore alla indennità conseguibile nella massima misura)⁽²⁾;
- 4) di esercitare il diritto di scelta fra la pensione e la indennità in capitale conseguibile nella misura massima dopo aver conosciuto l'ammontare delle prestazioni maturate⁽²⁾.

Il/La sottoscritto/a **CHIEDE** inoltre che l'importo delle prestazioni venga corrisposto (*barrare la casella*):

Mediante accredito sul c/c bancario a 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)	

(Le pensioni dei Fondi Speciali vengono corrisposte con le stesse modalità di pagamento della pensione del Fondo Generale dell'Ente, se l'iscritto è già pensionato).

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 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)

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, DA PRESENTARE
SUCCESSIVAMENTE ALLA CESSAZIONE DELL'ATTIVITA'**
(in originale o copia autentica)

- A)** I medici **GENERICI** e **SPECIALISTI ESTERNI** dovranno produrre la seguente documentazione:
- 1) Dichiarazione della competente struttura del Servizio Sanitario Nazionale (*o altro Ente*), rilasciata dopo la risoluzione del rapporto, attestante:
 - la data dell'avvenuta cessazione;
 - la natura dell'attività prestata;
 - gli eventuali periodi di sospensione del rapporto;
 - indicazione della branca specialistica: "a prestazione" - "a visita" (*solo per gli Specialisti Esterni*).
 - 2) Copia del modello fiscale oppure dichiarazione sostitutiva rilasciata dall'Istituto Previdenziale - se diverso dall'ENPAM - attestante l'ammontare della pensione in godimento, ovvero la maturazione del diritto ad una pensione pari o superiore al doppio del minimo INPS⁽³⁾.
 - 3) Dichiarazione ai fini fiscali da cui risulti che l'iscritto ha diritto/non ha diritto alle detrazioni di imposta previste dalle norma in vigore.
- A1)** I medici **TRANSITATI A RAPPORTO D'IMPIEGO** dovranno produrre una documentazione attestante, oltre ai dati del punto precedente, la data del passaggio alla dipendenza.
- B)** I medici **AMBULATORIALI**, non transitati a rapporto d'impiego, dovranno produrre la seguente documentazione, rilasciata dopo la risoluzione del rapporto.
- 1) Dichiarazione del Comitato zonale (o altro Ente) attestante:
 - la data dell'avvenuta cessazione;
 - l'orario settimanale di servizio osservato dalla data di inizio del rapporto fino alla data di cessazione.
 - 2) Dichiarazione della USL (o delle UU.SS.LL.) di appartenenza - resa obbligatoriamente - da cui risulti se **nell'intero arco lavorativo ed in particolare nei 5 anni precedenti la cessazione l'iscritto**:
 - 2.1) ha/non ha effettuato prestazioni per prolungamento dell'orario di lavoro (*indicare gli anni, il numero di ore ed i compensi relativi*);
 - 2.2) ha/non ha svolto attività extra-moenia (*indicare gli anni, il numero di ore ed i compensi relativi*);
 - 2.3) ha/non ha effettuato sostituzioni (*indicare gli anni e il numero di ore*);
 - 2.4) ha/non ha svolto attività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati ex art. 31 ACN di categoria (*indicare i contributi versati in ciascun anno ed il compenso orario ordinario dell'iscritto*);
 - 2.5) sono/non sono stati corrisposti ulteriori emolumenti, diversi dal compenso ordinario (costituito dalla quota oraria, quota di anzianità e quota di ponderazione) che rientrano nell'imponibile ENPAM, con l'indicazione specifica dell'importo e dell'anno in cui sono stati erogati.

Qualora il sanitario abbia svolto le attività di cui ai punti 2.4 e 2.5, si sottolinea la necessità che siano specificate: l'entità del compenso orario ordinario - di tutti gli anni a decorrere dal 2000 -, (costituito dalla quota oraria, quota di anzianità e quota di ponderazione), l'entità di eventuali indennità di coordinamento e/o di responsabilità di branca, con l'indicazione dei periodi in cui le stesse siano state corrisposte, l'indennità di rischio e quella di bilinguismo (può essere utile qualche fotocopia dei cedolini mensili).

La dichiarazione dovrà inoltre indicare gli eventuali periodi di sospensione del rapporto.

- 3) 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*)⁽⁴⁾.
- 4) Copia del modello fiscale, oppure dichiarazione sostitutiva rilasciata dall'Istituto Previdenziale - se diverso dall'ENPAM - attestante l'ammontare della pensione in godimento, ovvero la maturazione del diritto ad una pensione pari o superiore al doppio del minimo INPS ⁽³⁾.
- 5) Dichiarazione ai fini fiscali da cui risulti che l'iscritto ha diritto/non ha diritto alle detrazioni di imposta previste dalle norme in vigore.

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

NOTE

- (1) DEVE ESSERE INDICATO DAI MEDICI CHE HANNO CESSATO E/O MATURATO I REQUISITI PER OTTENERE IL TRATTAMENTO ORDINARIO A PARTIRE DAL 20 MAGGIO 1989 (DATA DI APPROVAZIONE DELLA DELIBERA ISTITUTIVA DEL TRATTAMENTO MINIMO OBBLIGATORIO IN PENSIONE).
- (2) L'OPZIONE PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' IN CAPITALE NELLA MISURA MASSIMA DEL 15% PUO' ESSERE ESERCITATA DAI MEDICI GIA' TITOLARI DI PENSIONE D'IMPORTO PARI O SUPERIORE AL DOPPIO DEL MINIMO INPS E DAI MEDICI CHE HANNO MATURATO IL DIRITTO A TALE TRATTAMENTO. IN CASO DI TITOLARITA' PRESSO L'ENPAM DI PENSIONI DI IMPORTO COMPLESSIVO INFERIORE AL DOPPIO DEL MINIMO INPS, LA MISURA DELL'INDENNITA' CONSEGUIBILE E' RIDOTTA.
- (3) LA DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA SOLO DAI MEDICI CHE CHIEDONO LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA'.
- (4) TALE DICHIARAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA DAI MEDICI AMBULATORIALI CHE CHIEDONO LA LIQUIDAZIONE, ANCHE PARZIALE, DELLA INDENNITA' IN CAPITALE.