



FONDO SPECIALISTI AMBULATORIALI
 (SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICINA DEI SERVIZI
 TRANSITATI A RAPPORTO D'IMPIEGO)
DOMANDA
DI RISCOFFO DI ALLINEAMENTO

Alla Fondazione E.N.P.A.M.
 DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA
 SERVIZIO RISCATTI E RICONGIUNZIONI
 Via Torino, 38
 00184 Roma

Il/la sottoscritto/a
 Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Codice ENPAM

Nato/a il ___/___/___ Tel. _____ E-mail _____

CHIEDE

- CONVENZIONATO/A CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**
 di allineare l'orario di servizio settimanale inferiore a quello medio svolto durante l'intero arco lavorativo.
- TRANSITATO/A A RAPPORTO D'IMPIEGO**
 di effettuare il riscatto di allineamento per gli anni di attività nei quali la contribuzione risulta inferiore a quella media annua degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione effettiva antecedenti la presente domanda.

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

- 1) di non aver presentato domanda di pensione per invalidità permanente;
- 2) di essere attualmente titolare di un rapporto di impiego o di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale e/o *(indicare eventuali altri Enti)* _____

Il/la sottoscritto/a si impegna ad inviare la documentazione che l'ENPAM riterrà necessaria per il perfezionamento della pratica e per i controlli previsti dall'art. 71 del Decreto del Presidente della Repubblica n° 445 del 28 Dicembre 2000.

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) Sig. _____
(firma per esteso del dichiarante)

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA PRESSO GLI UFFICI DELL'ENTE

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 O PER FAX AL n° 06 48294.725

(ai sensi dell'art.38, comma 3, del D.P.R. n.445/2000 si allega fotocopia del documento d'identità)

**DOCUMENTI DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA
(in originale o copia autentica)**

Gli iscritti **transitati a rapporto d'impiego** devono produrre una documentazione (o autocertificazione) attestante la data del passaggio alla dipendenza.

Gli iscritti **convenzionati con il S.S.N.** devono produrre la seguente documentazione:

- 1) dichiarazione rilasciata dal Comitato zonale attestante l'orario settimanale di servizio tenuto dalla data di inizio del rapporto fino alla data di presentazione della presente domanda;
- 2) dichiarazione rilasciata dalle ASL da cui risulti se dall'inizio della attività fino alla data della presente domanda:
 - ha/non ha effettuato prestazioni per prolungamento dell'orario di lavoro (indicare gli anni e il numero delle ore);
 - ha/non ha svolto attività extra-moenia (indicare gli anni e il numero delle ore);
 - ha/non ha effettuato sostituzioni (indicare gli anni e il numero delle ore);
 - ha/non ha svolto attività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati ex art. 31 ANC di categoria (indicare il numero delle ore svolte in ciascun anno a tale titolo, dei compensi e/o dei contributi versati, nonché il compenso orario ordinario).

REQUISITI

PER GLI ISCRITTI TRANSITATI A RAPPORTO D'IMPIEGO

PUÒ ESSERE AMMESSO AL RISCATTO DI ALLINEAMENTO L'ISCRITTO CHE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- 1) non abbia compiuto il 70° anno di età;
- 2) non sia cessato dal rapporto d'impiego con il S.S.N.;
- 3) abbia un'anzianità contributiva effettiva non inferiore a 5 anni
- 4) non abbia rinunciato da meno di 2 anni ad un riscatto analogo;
- 5) non abbia presentato domanda di pensione per invalidità permanente.

PER GLI ISCRITTI CONVENZIONATI CON IL S.S.N.

PUÒ ESSERE AMMESSO AL RISCATTO DI ALLINEAMENTO L'ISCRITTO CHE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- 1) non abbia compiuto il 70° anno di età;
- 2) non sia cessato dal rapporto di convenzione con il S.S.N.;
- 3) abbia un'anzianità contributiva effettiva o ricongiunta non inferiore a 10 anni
- 4) abbia completato i versamenti relativi ad un riscatto analogo o vi abbia rinunciato da più di 5 anni;
- 5) non abbia presentato domanda di pensione per invalidità permanente.

OGNI EVENTUALE CAMBIO DI RESIDENZA DOVRA ESSERE TEMPESTIVAMENTE COMUNICATO ALL'ENPAM TRAMITE L'ORDINE PROVINCIALE DI APPARTENENZA