



E.N.P.A.M.

## FONDO SPECIALISTI AMBULATORIALI

(SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICINA DEI SERVIZI,  
TRANSITATI A RAPPORTO D'IMPIEGO)

### DOMANDA DI RISCOATTO

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 \_\_\_\_\_

**CONVENZIONATO/A CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

**TRANSITATO/A A RAPPORTO D'IMPIEGO**

### CHIEDE

- di riscattare N° \_\_\_\_\_ anni del corso legale del diploma di laurea;
- di riscattare N° \_\_\_\_\_ anni del corso legale del diploma di specializzazione (ad esclusione della medicina dei servizi);  
**(per un totale di massimo 10 anni tra laurea e specializzazione)**
- di riscattare il periodo precontributivo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il quale non vi è stato accredito di contributi al Fondo;
- di riscattare il periodo del servizio militare obbligatorio o del servizio civile prestato dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (indicare esattamente il periodo o allegare il foglio matricolare).

**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 convenzione o di impiego con il Servizio Sanitario Nazionale e/o (indicare eventuali altri Enti) \_\_\_\_\_

- 3) che i periodi oggetto di riscatto del servizio militare ovvero del servizio civile non sono stati riscattati presso altra gestione previdenziale obbligatoria;
- 4) che i periodi oggetto di riscatto del servizio militare ovvero del servizio civile non sono coincidenti con periodi già coperti da contribuzione effettiva o riscattata, fatta eccezione per la contribuzione alla "Quota A" del Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM.

Il/la sottoscritto/a si impegna ad inviare in originale o in copia autenticata 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**

**PUO' ESSERE AMMESSO AI RISCATTI L'ISCRITTO CHE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA:**

- 1) non abbia compiuto il 65° anno di età;
- 2) non sia cessato dal rapporto d'impiego o di convenzione con il S.S.N.;
- 3) abbia un'anzianità contributiva effettiva o ricongiunta non inferiore a 10 anni;
- 4) non abbia rinunciato da meno di 2 anni ad un riscatto analogo;
- 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**