



E.N.P.A.M.

## DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

(ai sensi dell'art. 76 del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Alla Fondazione E.N.P.A.M.  
 SERVIZIO CONTRIBUTI E ATTIVITÀ ISPETTIVA  
 Trasmissione Via Fax  
 al n° 06.48.294.922

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice ENPAM

Tel./Cell. \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_,  
 consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, dichiara di aver prodotto i seguenti redditi professionali derivanti dall'esercizio dell'attività medica ed odontoiatrica, al netto delle spese necessarie per produrli:

**(N.B: non devono essere dichiarati i redditi già soggetti a contribuzione E.N.P.A.M. derivanti dall'attività svolta in qualità di pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale, specialista esterno, medico addetto all'assistenza primaria, alla continuità assistenziale, all'emergenza sanitaria territoriale e alla medicina dei servizi)**

Anno di produzione del reddito	Reddito professionale netto in cifre	Reddito professionale netto in lettere
2006		
2007		
2008		
2009		
2010		

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.** Per ulteriori informazioni può essere contattato il numero telefonico **06.48.294.829**.