



## FONDO DI PREVIDENZA GENERALE

**DOMANDA DI  
INDENNITÀ DI MATERNITÀ,  
ADOZIONE, AFFIDAMENTO E  
ABORTO**

PRESTAZIONI

Alla Fondazione E.N.P.A.M.  
DIPARTIMENTO DELLA PREVIDENZA  
SERVIZIO PRESTAZIONI FONDO GENERALE  
Via Torino, 38  
00184 Roma

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Cognome Nome

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale Codice ENPAM

**CHIEDE**

La corresponsione dell'indennità di:

MATERNITA

ADOZIONE

AFFIDAMENTO

ABORTO

prevista dall'art.70, e segg. del *Testo Unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità*, emanato con D.Lgs. n.151 del 26 marzo 2001. A tal fine

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dal successivo art. 76:

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;  
di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_;  
in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel./Cell. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

**DA INDICARE SE DIVERSO DALLA RESIDENZA**

domicilio fiscale a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_  
in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

che la data di inizio della gravidanza è \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, la data presunta del parto è \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;

che il parto è avvenuto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;

OVVERO: che l'aborto è avvenuto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;

OVVERO: che la data dell'ingresso del bambino in famiglia risale al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;

di essere iscritta all'O.M.C.e.O di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.

## DICHIARA

inoltre, di non aver diritto alle indennità di maternità di cui al capo III (*trattamento economico e normativo delle lavoratrici madri dipendenti*) al capo X (*disposizioni speciali*) ed al capo XI (*indennità di maternità per le lavoratrici autonome*) del T.U., emanato con D.Lgs. n. 151/2001, e di non aver presentato domanda di indennità presso altri Enti previdenziali.

## ATTESTA

inoltre di:

- non svolgere alcun tipo di attività professionale e di non aver conseguito alcun tipo di reddito dall'esercizio dell'attività medica e/o odontoiatrica per l'anno in corso;
- di frequentare il \_\_\_\_\_ anno di specializzazione in \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di borsa di studio per \_\_\_\_\_;
- di essere libero professionista e di svolgere la/le seguente/i attività \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa e di svolgere la/le seguente/i attività: \_\_\_\_\_;
- di svolgere l'attività professionale in regime di convenzione in qualità di medico di medicina generale o di pediatra di libera scelta \_\_\_\_\_;
- di svolgere l'attività convenzionale quale addetta ai servizi di continuità assistenziale o di emergenza territoriale, senza essere transitata a rapporto di dipendenza \_\_\_\_\_;
- di svolgere l'attività professionale in qualità di titolare di rapporto in convenzione per la specialistica ambulatoriale ovvero per la medicina dei servizi e di aver fruito di sospensione remunerata dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, non essendo transitato/a a rapporto di dipendenza;
- di essere specialista esterna titolare di accreditamento con il sistema sanitario pubblico;
- di aver percepito e denunciato ai fini fiscali nel secondo anno precedente quello dell'evento un reddito di € \_\_\_\_\_ come risulta dall'allegata documentazione;
- di non aver prodotto redditi nel secondo anno precedente quello dell'evento.

## CHIEDE

che l'importo della prestazione spettante venga corrisposto 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: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/ta dichiara, infine, di essere informato/a, ai sensi dell'art. 13 del 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)

La presente dichiarazione, regolarmente sottoscritta, può essere inviata **per posta**, accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento

### oppure

può essere sottoscritta in presenza del Funzionario dell'ENPAM addetto alla ricezione.

<b>Spazio riservato al Funzionario addetto</b>	Ho accertato l'identità del dichiarante mediante il documento _____
	N° _____ rilasciato da _____ il _____
	La presente dichiarazione è stata sottoscritta in mia presenza: (art.38 del T.U. sulla documentazione amministrativa)
	Data _____
Timbro e Firma del Funzionario addetto	

## “AVVERTENZA”

**L'accredito sarà effettuato entro 120 gg. dalla ricezione della domanda.**

La domanda va presentata alla Fondazione Enpam:

- per la richiesta di indennità di maternità, a partire dal compimento del 6° mese ed entro il termine perentorio di 180 gg. dal parto;
- in caso di aborto, nel termine perentorio di 180 gg. dall'evento;
- in caso di adozione o affidamento, nel termine perentorio di 180 gg. dall'ingresso del minore in famiglia.

**Qualsiasi variazione di rapporto professionale che possa influire sul diritto alla prestazione (ad es. inizio o transito a rapporto di lavoro dipendente, ecc.), ricadente nel periodo teoricamente assistibile, dovrà essere comunicata tempestivamente a questo Ente.**

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA**

- **Copia della dichiarazione dei redditi prodotti nel secondo anno precedente a quello dell'evento**, completa di ogni quadro utilizzato nonché copia delle certificazioni rilasciate da tutti i sostituti d'imposta attestanti le ritenute fiscali effettuate. ***Per i redditi eventualmente dichiarati nei quadri RC e/o RL occorre indicare la natura dell'attività svolta;***
- **Copia della dichiarazione (U50)** relativa ai redditi di Società di persona;

ed inoltre, in originale o copia autentica (in carta semplice):

**PER LE DOMANDE DI INDENNITÀ DI MATERNITÀ:**

- certificato medico (solo in originale), rilasciato dal 181° giorno di gravidanza, comprovante la data d'inizio di gestazione e la data presunta del parto. In caso di presentazione della domanda successiva al parto (e comunque non oltre il 180° giorno dall'evento tutelato) certificare sul modulo di domanda, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n.. 445/2000, la data di nascita del bambino;

**PER LE DOMANDE DI INDENNITÀ DI ABORTO:**

- certificato medico in originale, rilasciato dalla A.S.L. o dalla casa di cura accreditata che ha fornito le prestazioni sanitarie, attestante la data d'inizio della gravidanza ed il giorno dell'avvenuta interruzione della gravidanza;

**PER LE DOMANDE DI INDENNITÀ DI ADOZIONE O AFFIDAMENTO:**

- copia autenticata del provvedimento di adozione o di affidamento, valido nel territorio dello Stato Italiano, da cui risulti anche la data di nascita del/della minore;
- autocertificazione rilasciata dal coniuge attestante l'inesistenza del diritto ad analoga indennità, ovvero il periodo eventualmente assistito a suo favore;

**PER GLI ISCRITTI TITOLARI DI RAPPORTO IN CONVENZIONE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E/O PER LA MEDICINA DEI SERVIZI :**

- certificato (in originale), attestante la data d'inizio e di fine del periodo tutelabile ex lege, già remunerato o altrimenti indennizzato dalla/dalle A.S.L./AA.SS.LL.