Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà per la richiesta di ipotesi di pensione degli ambulatoriali

Come si presenta

- Si può inviare per **posta** o per **fax** *(scegliere solo uno di questi modi)* a:

Fondazione Enpam
Servizio Prestazioni Fondi Speciali
Piazza Vittorio Emanuele II, n°78 – 00185 Roma
Fax 06/48294.658

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità** di chi ha rilasciato la dichiarazione.

- Si può consegnare all'Enpam - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra, Roma

Orari: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-13,00.

In questo caso il modulo deve essere **firmato alla presenza** di un funzionario dell'Enpam.

Attenzione: i dati forniti in questa dichiarazione possono essere utilizzati anche per calcolare la quota di pensione maturata al 31.12.2012

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

PRESTAZIONI

Dichiarazione sostitutiva di Atto di Notorietà

(Art. 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

spazio riservato all'Enpam

protocollo

MOD.IPOTESI/SPEC.AMB

Nome _____ Cognome _____

Codice Enpam _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita ___/___/_____ tel. _____ cell. _____

Email _____ PEC _____

Consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Informato/a che i dati personali forniti saranno utilizzati così come prevede la legge (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali)

Dichiaro

- ☐ di avere iniziato l'attività professionale a tempo indeterminato il_____/_____/_____
- ☐ che il rapporto professionale è tuttora in corso
- ☐ di aver svolto fino al 31.12.2012 questi orari di servizio

Asl/Ente	data inizio rapporto di lavoro	data variazione dell'orario di servizio	orario settimanale svolto

Asl/Ente	data inizio rapporto di lavoro	data variazione dell'orario di servizio	orario settimanale svolto

☐ **di aver sospeso l'attività professionale**
*(specificare il **periodo di sospensione,** nel quale **non risultano contributi versati,** e la **causa:** es. infortunio, maternità, provvedimento disciplinare, incarichi di Direttore di distretto, etc.)*

dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____
dal ___/___/_____ al ___/___/_____ per _____

☐ **di non aver sospeso l'attività professionale**

☐ che il compenso orario ordinario dal 2004 al 2012 è stato:

anno	compenso	anno	compenso

☐ **di aver svolto** fino al 31.12.2012 prestazioni per prolungamento dell'orario di lavoro:

anno	n. ore	compenso	anno	n. ore	compenso

☐ **di non aver svolto** fino al 31.12.2012 prestazioni per prolungamento dell'orario di lavoro

☐ **di aver svolto** attività extra-moenia fino al 31.12.2012:

anno	n. ore	compenso	anno	n. ore	compenso

☐ **di non aver svolto** attività extra-moenia fino al 31.12.2012

☐ **di aver percepito fino al 31/12/2012 l'assegno ad personam** *(solo per gli specialisti ambulatoriali che fanno fino a 10 ore settimanali)*:

anno	importo	anno	importo

☐ **di non aver percepito fino al 31/12/2012 l'assegno ad personam** *(solo per gli specialisti ambulatoriali che fanno fino a 10 ore settimanali)*

☐ **di aver percepito dall'1/1/2008 al 31/12/2012 arretrati relativi ad anni precedenti:**

anno di riferimento	anno di pagamento	importo

☐ **di non aver percepito dall'1/1/2008 al 31/12/2012 arretrati relativi ad anni precedenti**

☐ sostituzioni fino al 31.12.2012

anno	n. ore	anno	n. ore

☐ **di non aver svolto** fino al 31.12.2012 sostituzioni

☐ **di aver svolto** attività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati di categoria (art. 31 dell'Accordo collettivo nazionale) fino al 31.12.2012

anno	compenso	anno	compenso

☐ **di non aver svolto** fino al 31.12.2012 **a**ttività nell'ambito di programmi e progetti finalizzati di categoria

☐ **di non aver percepito** fino al 31 dicembre 2012 ulteriori emolumenti, diversi dal compenso ordinario *(per esempio: indennità di rischio, indennità di bilinguismo, eventuali rimborsi chilometrici per accessi fuori dal Comune o altro)* che rientrano nell'imponibile Enpam

☐ **di aver percepito** fino al 31 dicembre 2012 ulteriori emolumenti, diversi dal compenso ordinario *(per esempio: indennità di rischio, indennità di bilinguismo, eventuali rimborsi chilometrici per accessi fuori dal Comune o altro)* che rientrano nell'imponibile Enpam

anno	importo	anno	importo

☐ **di non aver percepito** fino al 31 dicembre 2012 l'indennità per coordinamento o responsabilità di branca

☐ **di aver percepito** fino al 31 dicembre 2012 l'indennità per coordinamento o responsabilità di branca

anno	importo	anno	importo

luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio
dichiarazione consegnata il ___/___/_____

_____
(firma per esteso del funzionario dell'Enpam)
(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)