

- **Specialisti accreditati esterni**

### **Che cos'è?**

È una prestazione economica che spetta all'iscritto/a che si trova in una condizione di inabilità assoluta e temporanea a causa di un infortunio, di una malattia o di una gravidanza a rischio.

### **Esonero contributivo**

Se l'attività professionale viene sospesa per **più di 6 mesi continuativi**, la domanda d'indennità **esonera** dal pagamento del contributo per la **Quota A** (Fondo di previdenza generale). Per avere diritto all'esonero la domanda va presentata durante il periodo di sospensione dell'attività professionale.

### **Chi può chiedere l'indennità?**

#### • **Malattia/infortunio**

I medici e gli odontoiatri che:

- sono titolari di un rapporto di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale o operano nelle società di persone accreditate con il Ssn;
- hanno versato contributi alla Fondazione Enpam nei due anni precedenti l'infortunio o la malattia;
- sono diventati inabili in modo temporaneo e assoluto a causa di una malattia, di un infortunio;
- hanno **sospeso tutte le attività professionali** (come specialisti esterni, liberi professionisti, dipendenti).

#### • **Gravidanza a rischio**

Le dottoresse che:

- sono titolari di un rapporto di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale o che operano in una società di persone o di capitale accreditate con il Ssn senza rapporto di dipendenza;
- hanno sospeso ogni attività lavorativa

### **Decorrenza dell'indennità in caso di infortunio o malattia**

L'indennità Enpam spetta dal **31° giorno** dalla data dell'infortunio o della malattia per un periodo massimo di 18 mesi.

### **Decorrenza dell'indennità in caso di gravidanza a rischio**

L'indennità spetta dal **primo giorno** in cui viene diagnosticata la gravidanza a rischio per un massimo di sei mesi (e comunque fino ai 2 mesi precedenti la data del parto).

### **Documenti da allegare**

• **In caso di malattia/infortunio** è necessario allegare alla domanda il certificato medico in originale con la data di insorgenza dello stato di inabilità, la sua durata e la prognosi.

• **In caso di gravidanza a rischio**, è necessario presentare un certificato medico in originale rilasciato dal ginecologo con:

- diagnosi;
- data d'insorgenza e durata dell'inabilità;
- data presunta del parto.

(Il certificato è necessario per evitare che il periodo assistibile per inabilità temporanea e assoluta non si sovrapponga all'indennità di maternità).

#### **Come si presenta la domanda?**

- Si può inviare per **posta, fax, Pec** a:  
(in caso di invio per **Pec la domanda deve essere firmata e digitalizzata**)

Fondazione ENPAM  
Servizio Prestazioni, Ufficio Inabilità Temporanea  
Piazza Vittorio Emanuele II, n°78 – 00185 Roma  
fax: 06 482 946 58; Pec: protocollo@pec.enpam.it

In questo caso è necessario allegare la **fotocopia del documento di identità**

- Si può **consegnare all'Enpam** - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra.  
Orari: lunedì – giovedì: 9,00-13,00; 14,30-17,00; venerdì: 9,00-12,30  
In questo caso il modulo deve essere firmato alla presenza di un funzionario dell'Enpam
- Si può **consegnare all'Ordine dei Medici a cui si è iscritti**

Se si invia la domanda **per fax o per Pec**, gli eventuali certificati medici vanno comunque **spediti per posta**

**Attenzione:** In caso di incapacità naturale del medico, la domanda può essere presentata e firmata anche da un congiunto o da un terzo. In caso di decesso dell'iscritto dopo la presentazione della domanda, l'indennità maturata e non riscossa dal Sanitario compete al coniuge superstite o, in mancanza, ai figli. Non potranno essere accolte, invece, le domande sottoscritte dal coniuge superstite, dai figli o dagli eredi dopo il decesso del medico.

L'indennità **viene pagata entro 120 giorni** dalla ricezione della domanda completa dei documenti richiesti.

• **Specialisti accreditati esterni**

spazio riservato all'Enpam  
protocollo

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
**Codice Enpam** \_\_\_\_\_ **Codice Fiscale** \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ domiciliato a (indicare solo se diverso dalla  
residenza) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

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

**Dichiaro**

di essere iscritto/a all'Ordine dei medici della provincia di \_\_\_\_\_

di essere titolare di un rapporto di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale ad personam:

di operare presso una società di persone accreditata con il Servizio sanitario nazionale;

di operare presso una società di capitale accreditata con il Servizio sanitario nazionale;

di svolgere servizio presso (è necessario indicare l'Asl con cui è in atto il rapporto di accreditamento, specificando l'ufficio o la struttura e i recapiti precisi a cui l'Enpam deve rivolgersi per reperire i dati necessari; articolo 15, Legge 12 novembre 2011, n. 183, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato):

Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_  
ufficio (indicare il nome del servizio) \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_  
ufficio (indicare il nome del servizio) \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di \_\_\_\_\_ Distretto di \_\_\_\_\_  
ufficio (indicare il nome del servizio) \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
fax \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

## Dichiaro

di aver sospeso ogni attività professionale (come convenzionato/a, libero/a professionista, dipendente

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a causa di un'inabilità temporanea assoluta per malattia/infortunio

di aver sospeso ogni attività lavorativa il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per gravidanza a rischio;

di non aver analogo diritto a percepire, presso altre gestioni previdenziali obbligatorie o in forza di leggi o contratti  
trattamenti economici dovuti per lo stesso evento (**solo in caso di gravidanza a rischio**) ;

di non aver diritto ad altri trattamenti economici dovuti ad altro titolo (indennità economica per malattia, Tbc,  
indennità di disoccupazione, ecc.) (**solo in caso di gravidanza a rischio**);

di non aver ripreso l'attività lavorativa

di aver ripreso l'attività lavorativa il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

di aver aderito al nuovo regime fiscale forfettario (art. 1 comma 54 della legge n. 190 del 2014)

di aver aderito al regime dei contribuenti minimi (art. 27 del decreto legislativo n. 98 del 2011 convertito in  
legge n.111/2011)

Dichiaro di essere informato/a, così come previsto dalla legge, che i dati personali raccolti verranno trattati, anche con  
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento (articolo 13 del Decreto legislativo 30 giugno  
2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali) .

La Fondazione Enpam si riserva di fare controlli. In caso di difformità con quanto dichiarato l'Enpam recupererà le  
somme indebitamente pagate.

## Chiedo

l'accredito dell'indennità sul conto corrente bancario a me intestato:

ISTITUTO BANCARIO \_\_\_\_\_  
FILIALE/AGENZIA N° \_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_ (località)

|       | Codice<br>Nazione    | CIN<br>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) |                      |                      |

## Allego

- Copia del documento di identità
- Certificato medico del ginecologo in originale
- Certificato medico in originale in caso di infortunio o malattia

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)