

Domanda per l'indennità di inabilità temporanea (malattia, infortunio, gravidanza a rischio)

- **Specialisti ambulatoriali**
- **Medici della medicina dei servizi**

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?

I medici e gli odontoiatri che:

- sono **titolari di un rapporto convenzionale** in corso (anche a tempo determinato o di sostituzione)
- sono diventati **inabili in modo temporaneo** e assoluto a causa di una malattia, di un infortunio o di una gravidanza a rischio
- hanno **sospeso tutte le attività professionali** (come convenzionati, liberi professionisti, dipendenti)

Attenzione: per la gravidanza a rischio la sospensione deve riguardare **ogni attività lavorativa**

Decorrenza dell'indennità in caso di infortunio o malattia

• **Iscritti con contratto a tempo indeterminato**

I primi sei mesi sono retribuiti dall'Asl. L'indennità **Enpam spetta dopo 180 giorni** di assenza dal servizio e viene pagata fino a un massimo di 18 mesi: per i primi 90 giorni (dal 181° giorno) l'Enpam garantisce il 50% del compenso - perché la parte restante è a carico del Servizio sanitario nazionale -; per i successivi 15 mesi l'Enpam corrisponde il 100% del compenso, mentre il Ssn assicura solo la conservazione dell'incarico.

• **Iscritti con contratto a tempo determinato**

L'**indennità Enpam** spetta è corrisposta nella misura del 100% fin dal primo giorno di assenza per un periodo massimo di 3 mesi. Il Servizio sanitario nazionale assicura solo la conservazione dell'incarico per 6 mesi.

Decorrenza dell'indennità in caso di gravidanza a rischio

• **Dottoresse con contratto a tempo indeterminato**

L'indennità spetta dal primo giorno in cui viene diagnosticata la gravidanza a rischio esclusi i periodi già retribuiti dall'Azienda sanitaria. L'assegno è di 33,50 euro al giorno (importo lordo indicizzato) per un massimo di sei mesi e comunque fino ai due mesi precedenti la data del parto.

- **Dottoresse con contratto a tempo determinato**

Per i primi tre mesi a partire dal primo giorno di assenza dal lavoro spetta un'indennità nella misura del 100% del compenso. Successivamente l'Enpam garantisce un'indennità di 33,50 euro al giorno (lorde indicizzate) fino ai due mesi che precedono la data presunta del parto.

Documenti da allegare

Solo 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 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.

Domanda per l'indennità di inabilità temporanea (malattia, infortunio, gravidanza a rischio)

- **Specialisti ambulatoriali**
- **Medici della medicina dei servizi**

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

di essere titolare di un rapporto convenzionale in corso come (*indicare la categoria*):

Medico specialista ambulatoriale con un incarico (*indicare il tipo di contratto*):

a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione

Medico della medicina dei Servizi con un incarico (*indicare la tipologia di contratto*):

a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione

di svolgere servizio presso (è necessario indicare l'ufficio, la struttura (Asl/Ente) 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 ___/___/___ a causa di una gravidanza a rischio;

di essere stata retribuita dall'Azienda sanitaria dal ___/___/___ al ___/___/___;

di non aver ripreso l'attività lavorativa

di aver ripreso l'attività lavorativa il ___/___/___

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

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

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 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)		

Allego

- **Copia del documento di identità**
- **Certificato medico del ginecologo** (in caso di gravidanza a rischio)

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)